

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**DESPISTAJE TIPO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN  
INTERNOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA  
EN UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA-PERÚ EN  
EL AÑO 2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER  
OROZCO CARRILLO, FRANCISCO JAVIER**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ  
2018**

**ASESOR**  
**Dra. Bravo Luna, Leny**

AGRADECIMIENTO  
A mis queridos padres y abuelos  
Que me apoyaron durante  
Estos 7 años de estudio

DEDICATORIA  
A mis padres y abuelos  
que estuvieron conmigo  
Siempre para apoyarme

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los trastornos depresivos son uno de los problemas más frecuentes que se observan en poblaciones de riesgo. La carrera de Medicina Humana es conocida ampliamente como una profesión de amplio estrés; durante los siete años de carrera, el último año el cual se le denomina Internado Médico, es la etapa con mayor estrés que experimenta un Estudiante de Medicina.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El presente es un Estudio No Experimental, Descriptivo, De Corte Transversal y Prospectivo. Se incluyeron una población de 280 alumnos Internos de Medicina del año 2017 de la Universidad Privada San Juan Bautista, a partir del cual se toma una muestra de 169. Se usó como instrumento la encuesta validada de PHQ-9 para el despistaje y nivel de depresión en poblaciones de riesgo.

**RESULTADOS:** Se tuvo como muestra 169 encuestados a partir de los cuales el 35.5%(60) fueron varones y 64.5% fueron mujeres. Se observó que el 40.1%(60) de encuestados presentó síntomas depresivos positivos y además un nivel bajo de depresión; un 63.3%(87) tuvo algún tipo de trastorno depresivo como porcentaje acumulado, de los cuales 30.8%(52) tuvieron solo síntomas depresivos positivos; un 35.5%(60) tuvo un nivel bajo de depresión y un 36.7%(62) les fue algo difícil poder desenvolverse en áreas laborales y sociales.

**CONCLUSIONES:** los síntomas depresivos positivos con un nivel bajo de depresión fue la proporción más frecuente encontrada en los Internos Estudiantes de Medicina en una Universidad Privada de Lima-Perú.

**PALABRAS CLAVES:** Trastorno Depresivo, Interno De Medicina, Nivel De Depresión

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Depressive disorders are one of the most frequent problems that are observed in at-risk populations, for them within these populations are the medical students. During the seven years of career, the last year which is called medical internship, is the stage with the highest stress experienced by a medical student.

**MATERIALS AND METHODS:** This is a non-experimental, descriptive, cross-sectional and prospective study. A population of 280 in-house medical students of the year 2017 of the San Juan Bautista Private University was included, from which a sample of 169 was taken. The survey was used as a validity instrument of PHQ-9 for screening and level of depression in risk populations

**RESULTS:** The sample included 169 respondents, from which 35.5% (60) were male and 64.5% were female. It was observed that 40.1% (60) of respondents had positive depressive symptoms associated with a low level of depression; 63.3% (87) had some type of depressive disorder as an accumulated percentage, of which 30.8% (52) had only positive depressive symptoms; 35.5% (60) had a low level of depression and 36.7% (62) found it difficult to develop in work and social environments.

**CONCLUSIONS:** Positive depressive symptoms associated with a low level of depression was the most frequent association found in internal medical students at a private university in Lima-Peru.

**KEYWORDS:** depressive disorder, internal medicine, level of depression

## **PRESENTACIÓN**

La depresión es una enfermedad con alta prevalencia en la población, además los estudiantes universitarios y en especiales los Estudiantes de Medicina son una población de riesgo demostrada en varios estudios, más aún en la etapa del Internado Médico. En base a ello, se planteó realizar la presente investigación con el fin de realizar y determinar el despistaje, tipo y nivel de depresión que presentaron los Internos de Medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017. En el capítulo I se realizó el planteamiento del problema, en donde se mencionó que impulso al investigador a realizar este estudio, mencionando también los objetivos del estudio, en el capítulo II se hace una recopilación de estudios anteriores para observar cual es la situación de otras realidades con el mismo problemas, además que también se definen conceptos y clasificaciones importantes en el estudio, en el capítulo III se detalla el tipo de estudio, se definió la población y muestra a estudiar, el instrumento que se usó que fue la encuesta validada de PHQ-9, y la forma en cómo se realizó la recolección de datos. En el capítulo IV se definen los resultados obtenidos a partir de la recolección de datos y se discuten estos resultados comparándolos con los antecedentes mencionados en el capítulo II y finalmente en el capítulo V se precisa las conclusiones a partir de los objetivos y las recomendaciones para cada conclusión. Por lo que se espera que la presente cumpla sus expectativas y pueda contribuir a estudios posteriores.

## ÍNDICE

CARÁTULA .....	I
ASESOR .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
DEDICATORIA .....	IV
RESUMEN .....	V
ABSTRACT .....	VI
PRESENTACIÓN .....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS .....	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XI
LISTA DE ANEXOS .....	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	1
1.2.1 PROBLEMA GENERAL .....	1
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICO.....	1
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	2
1.4 OBJETIVOS .....	3
1.4.1 OBJETIVOS GENERALES.....	3
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICÓS.....	3
1.5 PROPÓSITO.....	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	4
2.2 BASES TEÓRICAS .....	9
2.2.1 INTERNADO MÉDICO.....	9
2.2.2 DESPISTAJE DE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA .....	10
2.2.3 DEPRESIÓN .....	11
2.3 HIPÓTESIS.....	18
2.4 VARIABLES .....	18
2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	20
3.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	20



3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	20
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
3.5	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	21
3.6	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS .....	23
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....		24
4.1	RESULTADOS .....	24
4.2	DISCUSIÓN .....	31
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		36
5.1	CONCLUSIONES .....	36
5.2	RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		39
ANEXOS.....		43

## LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: DESPISTAJE DE DEPRESIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN .....	24
TABLA N° 2: DESPISTAJE Y TIPO DE DEPRESIÓN .....	26
TABLA N° 3: NIVEL DE DEPRESIÓN .....	27
TABLA N° 4: AFECTACION SOCIAL, LABORAL U OTRAS AREAS.....	28
TABLA N° 5: GÉNERO .....	29
TABLA N° 6: EDAD .....	30

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: DESPISTAJE DE DEPRESIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN.....	25
GRÁFICO N° 2: DESPISTAJE Y TIPO DE DEPRESIÓN.....	26
GRÁFICO N° 3: NIVEL DE DEPRESIÓN.....	27
GRÁFICO N° 4: AFECTACION SOCIAL, LABORAL U OTRAS AREAS .....	28
GRÁFICO N° 5: GÉNERO.....	29
GRÁFICO N° 6: EDAD .....	30

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO N° 2: INSTRUMENTO.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO N° 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO N° 4: PERMISO PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO.....</b>	<b>49</b>

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión es un trastorno común en la población y es la causa más frecuente de atención en salud en la actualidad con respecto a la salud mental<sup>1</sup>; por otro lado dentro del área de la salud, la Medicina Humana es una de las profesiones que conlleva a una constante carga de estrés durante su aprendizaje y estudio universitario. Precisamente en nuestra realidad el último año de pregrado comprende una etapa de prácticas pre profesionales a la que se define como el Internado Médico. Durante esta etapa, se experimenta un alto grado de estrés el cual inevitablemente sume al estudiante hacia la depresión<sup>2</sup>; es por el que a partir de este fenómeno, nos planteamos el siguiente problema.

### **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es el despistaje tipo y nivel de depresión en Internos Estudiantes de Medicina Humana de una Universidad de Lima - Perú en el año 2017?

#### **1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICO**

- ¿Cuál es la proporción de Internos estudiantes de medicina que padecen de trastornos depresivos?
- ¿Cuál es la dimensión de Internos de Medicina con algún trastorno depresivo que padece de: depresión mayor, otro trastorno depresivo o síntomas depresivos?
- ¿Cuál es a partir de los pacientes con algún grado de depresión, ya sea depresión mayor, otro trastorno depresivo o síntomas depresivos, el grado de severidad de su trastorno?

- ¿Cuál es la magnitud de pacientes con algún grado de depresión y que este afecte su trabajo, los cuidados en casa o su relación con las personas?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El Ministerio de Salud ha propuesto como prioridad nacional de atención a la Salud Mental, como se observa en el 2004 al incluirla como una estrategia sanitaria nacional<sup>3</sup>. Dentro de la población más propensa se encuentran los estudiantes universitarios siendo los más frecuentes los estudiantes de Medicina Humana<sup>4</sup>. La etapa de Internado para todo Estudiante de Medicina es una oportunidad para complementar el aprendizaje y conocimientos obtenidos previamente en la Universidad; es la brecha que separa los conocimientos teóricos y prácticos en la formación de un médico; sin embargo durante esta misma etapa se experimentan momentos de mucho estrés, pocas horas de sueño y altas horas de trabajo llevando definitivamente al estudiante a la depresión como trastorno mental más frecuente<sup>2</sup>. Por tal motivo:

- Implicaciones prácticas: este estudio se realizó con el propósito de determinar y describir un fenómeno constante a partir del cual se plantea un problema que es la depresión en Internos de Medicina.
- Relevancia social: por otro lado este estudio va dirigido hacia los estudiantes de medicina y hacia los coordinadores de los mismos para tomar conciencia de la gravedad de lo que significa la depresión en Internos de Medicina y tomar medidas para solucionar este problema.
- Utilidad metodológica: por último en este estudio se utilizó una encuesta ampliamente validada y usada en la atención

primaria para el despistaje de la depresión, la cual se corroborará en este estudio.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVOS GENERALES**

Determinar el despistaje tipo y nivel de depresión en Internos estudiantes de Medicina Humana de una Universidad Privada de Lima Perú en el año 2017.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICÓS**

- Determinar la proporción de Internos Estudiantes de Medicina que padecen de trastornos depresivos.
- Definir la dimensión de Internos de Medicina con algún trastorno depresivo que padecen de: depresión mayor, otro trastorno depresivo o síntomas depresivos.
- Determinar a partir de los pacientes con algún grado de depresión, ya sea depresión mayor, otro trastorno depresivo o síntomas depresivos, el grado de severidad de su trastorno.
- Definir la magnitud de pacientes con algún grado de depresión y que este afecte su trabajo, los cuidados en casa o su relación con las personas.

## **1.5 PROPÓSITO**

Se tiene como propósito identificar en Estudiantes Internos de Medicina de La Universidad Privada San Juan Bautista a modo de despistaje, probables casos de algún trastorno depresivo, teniendo en cuenta que el propósito no solo se enfoca en identificarlo, sino también en corroborar el diagnóstico con los criterios de DSM-V y posteriormente iniciar un tratamiento precoz y eficaz.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

- En el estudio de Cesar Sánchez Marin et.al en Perú en el año 2012, denominado " TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA EN TRES UNIVERSIDADES DE LAMBAYEQUE, PERÚ". Se describió los trastornos mentales más frecuentes en tres universidades de Lambayeque, en el año 2012. Fue un estudio descriptivo transversal con un análisis bivariado de las características sociodemográficas que incluyó el autor. Se aplicó para el estudio el Test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) el cual sirvió para el tamizaje del estudio. Dentro de los resultados, se obtuvo una muestra de 284 alumnos, de los cuales, los trastornos mentales con mayor relevancia fueron; episodio hipomaniaco (19,7%) y depresión mayor (17.3%). Con respecto a los episodios depresivos, se asoció con mayor frecuencia al sexo femenino (21.5%), el cual refiere en el estudio, intervienen factores hormonales, psicosociales, genéticos y psicológicos<sup>5, 6</sup>.
- En estudio de Rohan Puthran et.al, en Singapur en el año 2106 denominado "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA: META-ANALISIS", se hizo una búsqueda sistémica a partir de bases de datos en línea de estudios transversales, se fueron seleccionando solo los estudios que incluían cuestionarios estandarizados y validados. Dentro los resultados se obtuvo un total de 62 728 estudiantes de medicina y 1845 estudiantes no médicos, los cuales se usaron para hacer una comparación de pacientes depresivos en áreas que no son médicas; se obtuvo una prevalencia global de 28% de depresión en estudiantes de medicina. El sexo femenino, estudiantes del primer año, estudiantes de postgrado tienen mayor probabilidad de depresión. Por años de



estudio, los estudiantes del primer año tuvieron más altas tasas de depresión 33.5%, los cuales fueron disminuyendo progresivamente hasta el 20.5% en el quinto año; este fenómeno lo explican por el hecho de que los nuevos estudiantes que ingresan a la escuela de medicina, entran en un proceso de adaptación con respecto a la carrera, aumentando de esta forma las cifras de depresión en los estudiantes, conforme pasa los años de estudio hacia el último año, los estudiantes logran adaptarse, disminuyendo las cifras, incluso con el incremento del régimen estudiantil; no hubo diferencias en la depresión entre estudiantes de medicina y estudiantes no médicos, sugiriendo que los índices de depresión no solo están aumentando en áreas médicas. Finalmente, en el estudio mencionan que pese que el elevado índice de depresión que se atribuye a estudiantes de medicina, estos no buscan ayuda médica ni profesional, siendo un problema contradictorio<sup>7</sup>.

- El estudio de Martha Elva Campuzano González et al, en México en el año 2017. “DEPRESIÓN EN ALUMNOS DE MEDICINA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, 2009 – 2014”. Se elaboró un estudio de tipo transversal, descriptivo; en el que se hizo una comparación con la frecuencia y el nivel de depresión desde el inicio del estudio hasta el final; para este estudio se utilizó la escala de Beck II como instrumento. Al ingreso se entrevistaron a 119 estudiantes y para el final solo quedaron 93; de los cuales 113(95%) presentaron depresión mínima al ingreso y 83 (89.2%) al egreso un leve aumento al final pero sin significancia estadística. Como conclusión no hubo diferencias con respecto del nivel de depresión al inicio y al fin del estudio; si se evidenció un aumento en el género femenino al final del estudio con significancia estadística<sup>8</sup>.

- En el estudio de Stewart Ndutard Ngasa et al, La República de Camerún en el año 2017 “PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION AMONG MEDICAL STUDENTS IN CAMEROON: ACROSS – SECTIONAL STUDY”, se hizo un estudio transversal en 4 escuelas de medicina entre los años 2015 a 2016; el diagnóstico de la depresión se realizó con la escala validada de PHQ-9. En el estudio se tomó una muestra 618 estudiantes de medicina de los cuales el 30.6% arrojó un trastorno depresivo mayor (puntuación  $\geq 10$ ), además también se observó que la enfermedad crónica (OR: 3,70, IC 95%: 1,72 - 7,94,  $p = 0,001$ ), sexo femenino (OR: 1,59, IC 95%: 1.06 - 2.37,  $p = 0.024$ ), y encontrarse en la etapa clínica de la carrera (OR: 4.26, IC 95%: 2.71 - 6.71,  $p < 0.001$ ) se relacionaron directamente con la depresión, con respecto al nivel de depresión evidenciaron 34.6% con un nivel leve de depresión, 26.4% con un nivel moderado, 3.4% con un nivel moderadamente severo y 0.8% con un nivel severo de depresión<sup>9</sup>.
  
- En el estudio de Hilde Haldorsen et al. En Dinamarca en el año 2014 “STRESS AND SYMPTOMS OF DEPRESSION AMONG MEDICAL STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF COPENHAGEN” se realizó un estudio en el que los síntomas depresivos se midieron mediante regresión logística múltiple y la prueba de Wald. En el estudio se desconoce el tamaño de muestra, sin embargo se afirma el 30.5% de los encuestados reportó síntomas depresivos; además el género femenino reportó mayor número de estrés y depresión con respecto al masculino sin embargo no se obtuvo significancia estadística<sup>10</sup>.
  
- En el estudio de Coumaravelou Saravanan y Ray Wilks, En Malasia en el año 2014 “MEDICAL STUDENTS EXPERIENCE OF AND REACTION TO STRESS: THE ROLE OF DEPRESSION AND

ANXIETY”, un estudio descriptivo, correlacional en el que se busca la prevalencia de estrés y ansiedad en estudiantes de medicina de una Universidad Privada De Malasia. En el estudio se obtuvo una muestra de 358 estudiantes de medicina a los cuales se les brindó un cuestionario, en el que se encargaba de evaluar 3 puntos importantes; características socio demográficas de cada participante, el nivel de estrés y el nivel de depresión y ansiedad (DASS-21), respectivamente. El instrumento usado dio como resultados, que un 44% presentaba ansiedad y 34,9% presentaba depresión; de los cuales el 20.4%(73) tuvieron un nivel bajo de depresión, el 12.8% tuvo un nivel de moderado de depresión el 1.1%(4) tuvo un nivel severo de depresión y el 0.6%(2) tuvo un nivel extremo de depresión. Además se observó que las mujeres presentaban con mayor frecuencia síntomas depresivos y ansiosos, aunque en el estudio solo fue significativo el hallazgo hallado en la ansiedad<sup>11</sup>.

- En el estudio de Mariela Vargas et al. En Perú en el año 2017 “INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS DE LA DEPRESIÓN DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA PERUANO: ESTUDIO EN SIETE DEPARTAMENTOS”, de tipo transversal multicentrico, a partir del cual se obtuvieron muestras de 8 universidades de 7 departamentos del Perú; UNSG- Ica, URP-Lima, UNU- Ucayali, UNC- Cajamarca, UNSAA- Cusco, UPA- Huancayo, UPAO, UCV- Piura. Se obtuvo una muestra de 1992 encuestados, de los cuales 54.5% era mujeres; para medir el grado de depresión se utilizó la escala de Zung. A partir de ahí el estudio se dividió en dos partes, la primera en la que se encarga de ver la parte descriptiva del estudio, es aquí donde se obtuvo a partir de la muestra que el 13.5% tenía algún grado de depresión. Hubo un ligero mayor número de mujeres que presentaron

depresión 13.9% mujeres frente 13% varones, pero sin significancia estadística<sup>12</sup>.

- En estudio de Jennifer Vilchez-Cornejo et al. En Perú en el año 2016 “SALUD MENTAL Y CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE OCHO FACULTADES DE MEDICINA HUMANA DEL PERÚ”, de tipo transversal analítico, en el que se encuestaron a estudiantes de medicina de 8 universidades peruanas 4 de lima y 4 de provincias. Se obtuvo una muestra de 892 estudiantes a partir de los cuales se preguntaron dos puntos importantes; el estrés, la ansiedad y la depresión (DASS-21) y la calidad de sueño (ICSP) que tenían los encuestados. Se encontró 52.91% tuvo algún grado de ansiedad, 32.51% de depresión y 34.64% de estrés<sup>13</sup>.
- En el estudio de Rodolfo López Hartmann. En Bolivia en el año 2014 “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CORRELACIÓN DE DOS CUESTIONARIOS PARA LA DEPRESIÓN, ENTRE ESTUDIANTES DE LA UMSA”, tipo transversal, en el 2103 en la Universidad Mayor De San Andrés (UMSA), Se obtuvieron un total de 669 encuestados con algún tipo de síntoma depresivo pertenecientes 53 carreras incluida de la Medicina Humana, para el despistaje de depresión se usaron dos escalas, el test de Zung y QD2, para posteriormente comparar los resultados de ambos. Al final de la encuesta se obtuvieron que el 42% tenía una depresión moderada, 5% depresión severa y que el género más frecuente observado fue el femenino; de esta muestra el 14.9 eran estudiantes de Ciencias de la Salud incluido medicina<sup>14</sup>.
- En el estudio de Allison B. Ludwig, en EE.UU en el año 2015 “DEPRESSION AND STRESS AMONGST UNDERGRADUATE MEDICAL STUDENTS”, Se elaboró una escala de medición para

depresión, estrés y comportamiento de salud, el cual hace la predicción de depresión cuando el puntaje es mayor a 16; en el estudio mencionan que no todos los instrumentos se lograron validar al término de estudio, sin embargo usaron finalmente escalas válidas para compensar este problema, dentro la población objetivo se encuestaron a estudiantes de medicina de la escuela de medicina de Albert Einstein tanto del primer año como del tercer año. El estudio arrojó que 28.4% de los encuestados del primer año tenían síntomas depresivos y 39% en los encuestados del tercer año<sup>15</sup>.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 INTERNADO MÉDICO**

Tal como lo define el reglamento del comité nacional de pregrado de salud del SINAPRÉS, en su capítulo I, artículos 3 y 4: “al Internado y las Practicas Pre-Profesionales, una pieza principal en la constitución en estudio de pregrado de Ciencias de la Salud.” Definiendo así a “pregrado a toda labor académica que desarrolla todos los estudiantes matriculados en instituciones formadoras para conseguir el grado de bachiller y título profesional; instituciones formadoras a la facultad o Escuela de Ciencias de la Salud, de una Universidad integrante del sistema universitario peruano; Practicas Pre-Profesionales a la formación de competencias por estudiantes de pregrado en los campos clínicos y socio sanitarios en las Sedes Docentes, acreditadas por el Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, y ejecutadas bajo estricta tutoría de la Universidad y al Internado como el periodo correspondiente a las Prácticas Pre Profesionales del último año de los estudios de pregrado, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio, con estricta tutoría de la Universidad<sup>16</sup>.”

### **2.2.2 DESPISTAJE DE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA**

Tal y como menciona Nieves Ascues Elizaga en su artículo de revisión de cribado: “para que y como, el cribado es una prueba diagnóstica que se realiza en una población aparentemente sana, y que presente factores de riesgo de padecer una enfermedad. Es una prueba de prevención secundaria, el cual tiene como propósito hacer el diagnóstico precoz de una enfermedad para luego poder brindar un tratamiento precoz y efectivo. El despistaje de una enfermedad, trae consigo beneficios a la visión de cualquiera, sin embargo, esta actividad tiene la posibilidad de manifestar efectos secundarios. Este es el caso de enfermedades que no tienen un tratamiento curativo, o de enfermedades que son difíciles de poder realizar un control, ya que en ellos su detección precoz no mejorará el pronóstico de la enfermedad. Por eso no todas las enfermedades están sujetas a pruebas diagnósticas de cribado, y al mismo tiempo, solo las enfermedades que se consideran como unos importantes problemas de salud pública, con evolución bien determinada y conocida, están sometidos a pruebas de cribado. Las pruebas de cribado deben ser bien definidas con una buena validez, confiabilidad, simplicidad y que la población la pueda aceptar; debe demostrarse con estudios que la detección precoz de tal enfermedad disminuye en gran medida el riesgo de morbilidad y mortalidad<sup>17</sup>.”

Existen diferentes tipos de cribado: “tenemos el cribado monofásico o multifásico en los que brinda un diagnóstico presuntivo el cual tiene que corroborarse, el cribado ocasional o sistemático, el cribado no selectivo o selectivo; el cribado precoz o tardío. Al mismo tiempo las pruebas de cribado puedan estar afectadas por sesgos, tenemos el sesgo de adelanto diagnóstico, este hace referencia a que las pruebas de despistaje tienen la capacidad de detectar la enfermedad en el periodo de latencia de la misma, sin embargo, si el tratamiento de la enfermedad en fase de latencia no supera al tratamiento en fase

sintomática, no tiene ningún sentido realizar la prueba. Sesgo por duración de la enfermedad, debido a que las pruebas de despistaje son de tipo transversales, estos tienen una mayor chance de coger casos con una duración más larga de la enfermedad, si esta al mismo tiempo tiene un buen pronóstico, el cribado elegirá una población con un pronóstico bueno, pudiendo dar a entender que un tratamiento sin eficacia sea eficaz. Sesgo del voluntario sano, este sesgo hace referencia que al momento en que se realiza una prueba de despistaje a la población, la población sana tiende a ir a realizarse la prueba más que la población que podría estar enferma, dando a entender una incidencia baja de la enfermedad, además éste es un sesgo que es difícil de evitar<sup>18</sup>.”

### **2.2.3 DEPRESIÓN**

La depresión se puede tener diferentes definiciones<sup>19 20</sup>:

- “Hace referencia al estado anímico, tristeza, vacío, desaliento; sollozante. Aquel estado puede estar dentro de los rangos de normalidad o puede estar asociado a algún síndrome psicopatológico o médico general.”
- Síndrome, que incluye una amplia gama de signos y síntomas relacionados al estado de ánimo deprimido de una persona. Dentro de este síndrome se incluye, la depresión mayor y depresión menor o distimia.

Dentro de la epidemiología de la depresión, éste tiene una alta prevalencia tanto a local, nacional e internacional, como se observó en un estudio que se realizó en 10 países (Estados Unidos, República Checa, Canadá, Japón, Chile, México, Países Bajos, Brasil y Turquía), evidenciaron “una prevalencia de depresión mayor del 17% en Estados Unidos a 3% en Japón<sup>21</sup>.”

A nivel de Lima y Callao en el año 2013 el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio delgado –Hideyo Noguchi”, mostró en su último estudio de “Estudio Epidemiológico de Lima-Callao, 2012”, una prevalencia de depresión mayor durante toda la vida de 17.3% siendo esta la causa más frecuente de trastornos mentales en la población adulta en Lima Metropolitana y Callao<sup>22</sup>.

La DSM-5 hace mención que la depresión se puede dividir en<sup>19</sup>:

- Depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor)  
Su diagnóstico se verá en el apartado de diagnósticos.
- Trastorno depresivo persistente (distimia)  
Usa los mismos criterios para la depresión mayor, sin embargo los síntomas deben persistir por lo menos 2 años.
- Trastorno de desregulación del estado de ánimo.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos  
Casos en los cuales no se considera este diagnóstico: cuando el síndrome se manifiesta antes del consumo, intoxicación o abstinencia del producto, persiste por un periodo prolongado (1 mes), historial de episodios recurrentes o cuando solo ocurre ante un episodio de delirio.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado (depresión menor).  
Caracteriza por estado anímico deprimida más 1 a 3 criterios de depresión mayor.
- Trastorno depresivo no especificado.

Los trastornos depresivos actualmente se diagnostican usando el “MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS



MENTALES 5 EDICCIÓN (DSM-5)". Los criterios diagnósticos para depresión mayor son los siguientes<sup>19</sup>:

A. 5 o más de los siguientes síntomas, presentes por dos o más semanas y que han producido alguna variación al estado anterior a los síntomas. Además que uno de ellos por lo menos debe ser 1 o 2.

1. Ánimo deprimido todo el día o la mayoría de los días, percibidas por el individuo o por los que lo rodean.
2. Pobre interés a las actividades (igual al anterior).
3. Pérdida de peso (no atribuido a alguna rutina dietética) o aumento de peso; o disminución o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia la mayoría de días.
5. Agitación o retraso psicomotriz.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sensación de inutilidad o culpabilidad.
8. Disminución de la concentración y el pensamiento, percibida por el individuo o por los que lo rodean.
9. Pensamiento recurrente de muerte, ideación o planificación de suicidio.

B. Los síntomas producen deterioro significativo en áreas sociales, laborales u otras de importancia para el paciente.

C. El estado no se debe imputar al consumo de alguna sustancia y/o condición médica

1. Nota: Los criterios A-C figuran como un episodio depresivo mayor.
2. Nota: La respuesta a alguna pérdida puede incluir los mismos síntomas que un episodio depresivo mayor, por ello al momento del diagnóstico en estos casos es necesario el juicio clínico enfocado en la historia y cultura del paciente.

D. El estado no se define mejor con trastornos esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno de esquizofrenia o trastorno psicótico.

Nota: No debe haber tenido un estado maniaco o hipomaniaco.

La DSM –V además también menciona los niveles de gravedad de la depresión mayor<sup>19</sup>:

- Leve: mínimos o ninguna sintomatología, más de los necesarios para el diagnóstico y que producen una ligera incapacidad laboral, social u otras áreas importantes.
- Moderado: síntomas de incapacidad funcional leves a graves.
- Graves
  - o Sin síntomas psicóticos: sintomatología que afecta en gran medida actividades laborales, sociales u otras áreas importantes.
  - o Con síntomas psicóticos: ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos. Se incluyen ideas delirantes de persecución, inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

Los síndromes depresivos normalmente remiten por sí mismos, a la mitad el primer año<sup>24</sup>, tres cuartos a los dos años<sup>25</sup>, sin embargo algunos síntomas persisten por mucho tiempo sin necesidad de que estos cumplan criterios de depresión; los síntomas que suelen persistir son: el insomnio, tristeza y la disminución de la concentración<sup>26</sup>.

En un 72% de los casos los pacientes con episodios de depresión, pueden tener recurrencias<sup>27</sup>. Normalmente la edad de inicio de los

episodios de depresión mayor es a partir de los treinta años, asociado a amplia espectro de problemas biopsicosociales adversos en el caso de una edad de inicio más temprana<sup>29</sup>.

Existen varias razones por las cuales se debe usar el cribado de la depresión en la población:

- La depresión es un trastorno difícil de descubrir, iniciando con el hecho de que la depresión da gran variedad de síntomas difíciles de poder diferenciar de otras patologías, además a esto se le añade que las mismas personas que lo padecen les es difícil reconocer que lo están.
- La depresión al no tratarse produce en la persona disminución en su calidad de vida
- El tratamiento de la depresión tiene mayor efectividad cuando se le hace de forma temprana llegando incluso a la recuperación completa.

En un estudio realizada por la USPSTF evidencio que “la detección en adultos de la depresión, mejora la tasa de diagnóstico de depresión (10% al 47%)<sup>29, 30</sup>.” En un metanálisis con 7576 encuestados de 16 estudios, evidenció que “el uso del cribado para la depresión en atención primaria, mejoró la identificación de pacientes con episodios depresivos (RR: 1.27, IC 95% 1.02-1.59), sin embargo no se encontró evidencia de que esto mejore los episodios depresivos en los pacientes, es por ello que no solo es el hecho de detectar los casos, sino también de diagnosticarlos e iniciar su tratamiento precoz<sup>31</sup>.”

Existe un variedad de instrumentos validados usados para el despistaje de la depresión en la atención primaria, por ello se debe observar varias de sus características al momento de escoger una para ponerla en práctica<sup>32</sup>.

PHQ-9: es “una encuesta validada internacionalmente para el despistaje de depresión, además el PHQ-9 también puede ser utilizado para medir el nivel de depresión de pacientes que tienen el diagnóstico de algún trastorno depresivo.”

La encuesta “cuenta con un total de 9 ítems en forma de preguntas y que precisamente son la homología de los criterios que la DSM-V brinda para el diagnóstico de depresión mayor.” Cada ítem “representa síntomas que normalmente un paciente con depresión mayor puede experimentar y que también son los pilares que la DSM-V usa para hacer el diagnóstico definitivo del trastorno depresivo.” Además “los ítems cuentan con 4 alternativas que hace mención a la cantidad de días que el encuestado ha experimentado esos síntomas en las últimas 2 semanas.” Una diferencia importante que tiene el PHQ-9, con los criterios de la DSM-V, es que “cada ítem usa un lenguaje de fácil entendimiento, haciendo a la encuesta una herramienta de despistaje importante y fácil de emplear para el uso de la atención primaria.” Asimismo el PHQ-9 “cuenta con un 10 ítem, como un apartado y que equipara al siguiente criterio importante para el diagnóstico de depresión mayor que se refiere a que si los síntomas depresivos que pudiese presentar, llegan a afectar áreas importantes en la vida del encuestado como es lo laboral, social, etc.”

Para hacer el despistaje de depresión mayor la encuesta de PHQ-9, cuenta con una serie de criterios que se observan a continuación:

- Depresión mayor: si responde 5 preguntas con una puntuación  $\geq 2$  (los síntomas se presentan más de la mitad de los días) y una de las preguntas incluye la pregunta a o b.
- Otro síndrome depresivo: si responde 2-4 preguntas con una puntuación  $\geq 2$  (los síntomas se presentan más de la mitad de los días) y una de las preguntas incluye la pregunta a-b

- Síntomas depresivos positivos: presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos(>2) pero que no cumple con los criterios anteriores
- Sin depresión: no presenta ningún criterio diagnóstico (valores <2).

Como se observa, “la encuesta no solo permite hacer el despistaje de depresión mayor, sino que también puede en cierta medida dar un indicio en el diagnóstico de otro trastorno depresivo que no sea, el ya mencionado; este gracias a que si algún encuestado no llega a cumplir por completo el diagnóstico probable de depresión mayor, no puede ser descartado que no tenga ningún tipo de trastorno depresivo, entonces se considera que aquel encuestado pueda tener el diagnóstico de otro trastorno depresivo.”

Con respecto al nivel de depresión “la encuesta de PHQ-9, puede determinar a partir de pacientes que ya tienen el diagnóstico de algún trastorno depresivo, cuanto es el grado de depresión que pudiesen tener, esta característica de la encuesta es usada ampliamente para ver la efectividad del tratamiento, ya que si un paciente que se le hace el diagnóstico de depresión mayor y además tiene un nivel moderado de depresión con el tratamiento efectivo y la toma seriada de las encuestas se pueda observar durante el tiempo si este nivel baja, se mantiene y si incluso sube.” Para poder determinar el nivel de depresión que tiene un encuestado, “la encuesta cuenta con un sistema de puntuación, en cada alternativa puesta en los 9 ítems, que va desde el 0 hasta el 3, por lo tanto un encuestado puede tener una puntuación de 0 hasta 27.” Los niveles de depresión con respecto al puntaje son:

- Mínima o ninguna: 0-4
- Bajo: 5-9
- Moderada: 10-14

- Moderadamente severa: 15-19
- Severa: 20-27

### 2.3 HIPÓTESIS

- El presente estudio escindiré de hipótesis por el hecho de ser puramente descriptivo.

### 2.4 VARIABLES

- DEPRESIÓN:

Despistaje y tipo de depresión:

- Depresión Mayor: si responde 5 preguntas con una puntuación  $\geq 2$  (los síntomas se presentan más de la mitad de los días) y una de las preguntas incluye la pregunta a o b.
- Otro Síndrome Depresivo: si responde 2-4 preguntas con una puntuación  $\geq 2$  (los síntomas se presentan más de la mitad de los días) y una de las preguntas incluye la pregunta a-b.
- Síntomas Depresivos positivos: presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos ( $>2$ ) pero que, no cumple con los criterios anteriores.
- Sin Depresión: no presenta ningún criterio diagnóstico (valores  $<2$ ).

Nivel de depresión

- Mínima o ninguna: 0-4
  - Bajo: 5-9
  - Moderada: 10-14
  - Moderadamente severa: 15-19
  - Severa: 20-27
- GÉNERO: femenino masculino.
  - EDAD: valor entero representa años vividos.

## **2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

- Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de la funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.
- Internado Médico: hace mención al último año de la carrera profesional de Medicina Humana, en el que se realizan prácticas pre-profesionales por un año entero.
- Depresión Mayor: dentro de los trastornos depresivos, se refiere a un tipo de depresión en la clasificación de la DSM-V.
- Depresión Menor: dentro de los trastornos depresivos, se refiere a un tipo de depresión en la clasificación de la DSM-V.
- DSM-V (Manual De Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastorno Mentales- Edición 5): sistema de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales.
- PHQ-9(Brief Patient Health Questionnaire): versión auto aplicada del módulo de depresión del PRIME-MD, validada y el cual nos permite hacer el despistaje y control de la depresión.
- Insomnio: Vigilia, falta de sueño a la hora de dormir.
- Hipersomnia: Sueño excesivamente prolongado y profundo.
- Distimia: forma leve, pero crónica, de depresión.
- Disforia: emoción desagradable o molesta, como la tristeza.
- Trastorno Psicótico: trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales.
- Despistaje: una prueba diagnóstica aplicada a poblaciones en riesgo con el fin de detectar una enfermedad en su fase latente (temprana).
- Prevención secundaria: consiste en diagnosticar e iniciar tratamiento a enfermedades en etapas precoces.
- Metaanálisis: es un grupo de instrumentos estadísticos, que resumen los datos de un conjunto de estudios.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

- NO EXPERIMENTAL: porque los datos de las variables se obtendrán a partir de una realidad no determinada por el investigador.
- DESCRIPTIVO: porque solo se describirá un fenómeno definido como la depresión en Internos de Medicina.
- PROSPECTIVO: porque las informaciones de las variables se recolectaran a partir de una encuesta validada PQH-9.

### **3.2 ÁREA DE ESTUDIO**

- CUANTITATIVO: porque es un estudio secuencial y probatorio
- TRANSVERSAL: porque la toma de datos se harán en un solo momento o tiempo.

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

- POBLACIÓN: estudiantes Internos de Medicina del año 2017 de la Universidad Privada San Juan Bautista:
  - o Inclusión
    - Estudiantes Internos de Medicina del año 2017 de la Universidad Privada San Juan Bautista.
  - o Exclusión
    - Padecer de algún tipo de enfermedad médica crónica.
    - Haber consumido algún tipo de droga y/o medicamento en las últimas dos semanas.
    - Tener el diagnóstico definido de algún tipo de trastorno mental.
- MUESTRA: se realizó una toma de muestra de tipo probabilístico, con el previo cálculo del tamaño de muestra. La fórmula a desarrollar será para una población finita(<1000):



$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Población: 280

Nivel de confianza: 1.96                      p: 0.5

Margen de error: 0.05                      q: 0.5

n= 163

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Para poder realizar este estudio previamente se cuenta con los permisos en donde se realizara el estudio Universidad Privada San Juan Bautista.
- El estudio se basó a partir de una prueba validada de despistaje de depresión en la población denominada PHQ-9(Brief Patient Health Questionnaire) nacional e internacionalmente<sup>33, 34</sup>.
- Se aplicó la encuesta validada de PHQ-9 para depresión, dirigida a los estudiantes Internos de Medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, contando con una población de 280 y obteniendo a partir de la cual una muestra de 169.
- Cada encuestado tuvo un tiempo máximo para responder de aproximadamente 5 minutos. Se asistió a los encuestados en salones y a partir de un muestreo aleatorio simple, se procedió a darles a cada uno las encuestas mencionadas. Pasado el tiempo se comenzó a recolectar cada encuesta respondida por el encuestado.

### **3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- La prueba de PHQ-9, es una encuesta validada específica para hacer despistaje de depresión en la población en general. Consta de 9 ítems que son preguntas cuidadosamente estructuradas y relacionadas con

los criterios diagnósticos de la DSM-V, teniendo en cuenta que el cuestionario orienta al encuestado hacia los síntomas percibidos en las 2 últimas semanas. Cada ítem o pregunta tiene una puntuación de 0-3 teniendo en cuenta que, 0 es nunca, 1 es varios días, 2 más de la mitad de los días y 3 casi todos los días; a partir de ello y respondiendo los 9 ítems, se puede obtener una puntuación que va desde el 0 hasta el 27.

- Para poder interpretar cada encuesta es necesario saber cuál va a ser su uso, la encuesta PQH-9, no solo permite hacer un despistaje de depresión, sino también medir el grado de depresión que puede tener una persona, en pacientes previamente diagnosticados, este último uso sobre todo se utiliza para ver la eficacia del tratamiento.

- Despistaje de depresión
  - Depresión mayor: haber respondido más 5 ítems o preguntas con una puntuación mayor o igual a dos (más de la mitad de los días) y que una de estas preguntas haya sido el ítem 1 o 2.
  - Otro síndrome depresivo: haber respondido entre 2-4 preguntas con una puntuación mayor o igual a dos (más de la mitad de los días) y que una de estas preguntas haya sido el ítem 1 o 2.
  - Síntomas depresivos positivos: presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos ( $\geq 2$ ) pero que no cumple con los criterios anteriores.
  - Sin depresión: no cumple con ningún criterio anterior, es decir que haya respondido preguntas con una puntuación  $< 2$ .
- Nivel o severidad de la depresión

En esta parte el cuestionario toma en cuenta la suma de las puntuaciones a partir de las cuales se pueden interpretar de la siguiente manera:

- Mínima o ninguna: 0-4
  - Bajo: 5-9
  - Moderada: 10-14
  - Moderadamente severa: 15-19
  - Severa: 20-27
- En el cuestionario existe una última pregunta diferente a las demás antes mencionadas, la cual se enfoca en determinar si aquellos signos o síntomas encontrados en las preguntas previas por el encuestado, afecta a su vida social, laboral, hogareña, etc. La cual se puede responder con: nada en absoluto, algo difícil, muy difícil, extremadamente difícil. La respuesta de esta pregunta no incluye ninguna puntuación, ni está directamente relacionada con el despistaje de la depresión, como si lo hacen los ítems en las anteriores preguntas, sin embargo ayuda a determinar con mayor precisión el diagnóstico de depresión, ya que precisamente este se encuentra dentro de los criterios diagnósticos de la DSM-V.

### **3.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

- Los datos recolectados fueron analizados a partir del programa IBM SPSS versión 25 para el procesamiento de datos y elaboración de tablas además que se usó el software de Microsoft Excel 2013 para la realización de gráficos, según lo establecido en los objetivos de la investigación.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

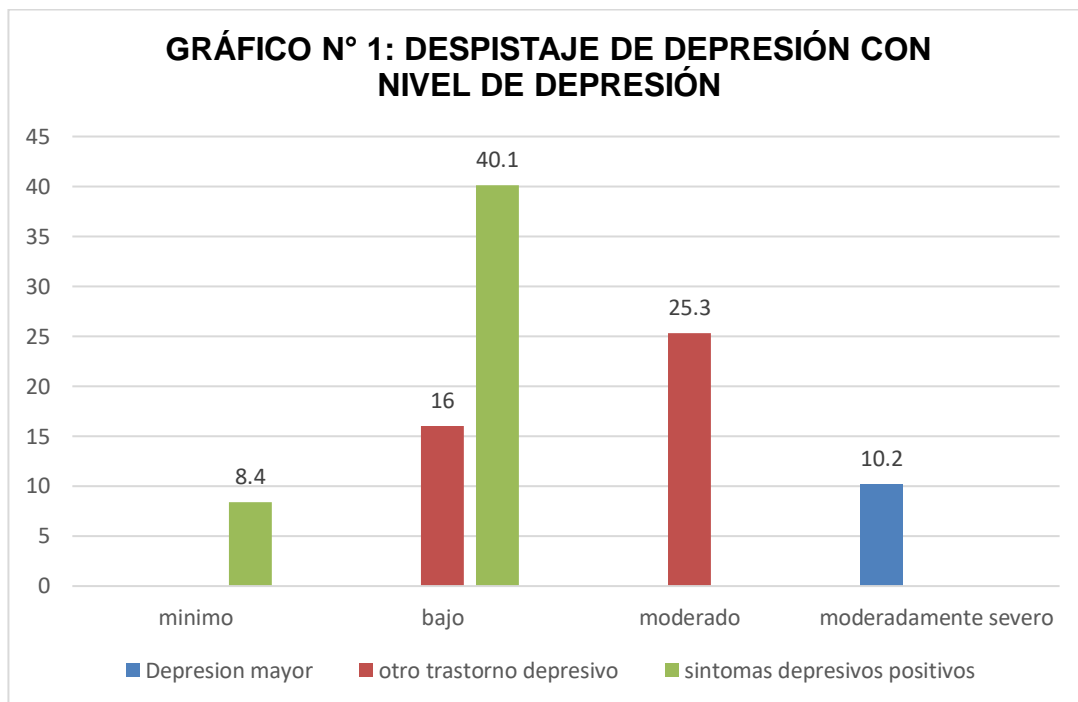
### 4.1 RESULTADOS

#### RESULTADO 1

**TABLA N° 1: DESPISTAJE DE DEPRESIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN**

			Nivel de Depresión				
			mínimo	bajo	moderada	moderadamente severa	Total
Despistaje de Depresión	depresión mayor	Recuento	0	0	0	11	11
		Porcentajes	0,0%	0,0%	0,0%	10,2%	10,2%
Otro síndrome depresivo síntomas depresivos positivos		Recuento	0	17	27	0	44
		Porcentajes	0,0%	16%	25,3%	0,0%	41,3%
		Recuento	9	43	0	0	52
		Porcentajes	8,4%	40,1%	0,0%	0,0%	48,5%
Total		Recuento	9	60	27	11	107
		Porcentajes	8,4%	56,1%	25,2%	10,3%	100,0%

*Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9*



Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9

## INTERPRETACIÓN

El estudio contó con una población total de 280 alumnos los cuales cumplían los criterios de inclusión y exclusión planteados, a partir de la cual se obtuvo una muestra probabilística mediante la realización de la fórmula para la toma de muestra con población conocida, que en total fueron 169 alumnos, los cuales se obtuvieron a partir de un muestreo aleatorio simple.

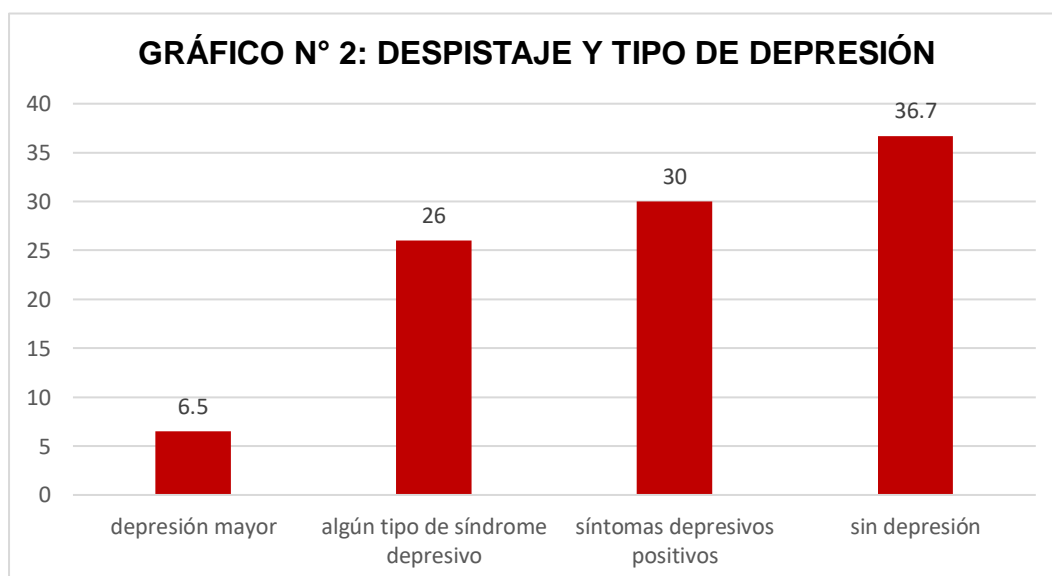
Se realizó una tabla cruzada entre el despistaje de depresión y nivel de depresión, encontrándose los siguientes resultados: el 40.1%(60) de encuestados presentó síntomas depresivos positivos que al mismo tiempo tuvieron un nivel bajo de depresión, un 25.3% presentó otro trastorno depresivo relacionado con un nivel moderado de depresión, un 16% tuvo otro trastorno depresivo con un nivel bajo de depresión, un 10.2% presentó un diagnóstico de depresión mayor con un nivel modernamente severo de depresión y un 8.4% presentó síntomas depresivos positivos con un nivel mínimo de depresión.

## RESULTADO 2

**TABLA N° 2: DESPISTAJE Y TIPO DE DEPRESIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	depresión mayor	11	6,5	6,5	6,5
	algún tipo de síndrome depresivo	44	26,0	26,0	32,5
	síntomas depresivos positivos	52	30,8	30,8	63,3
	sin depresión	62	36,7	36,7	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9



Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9

### INTERPRETACIÓN

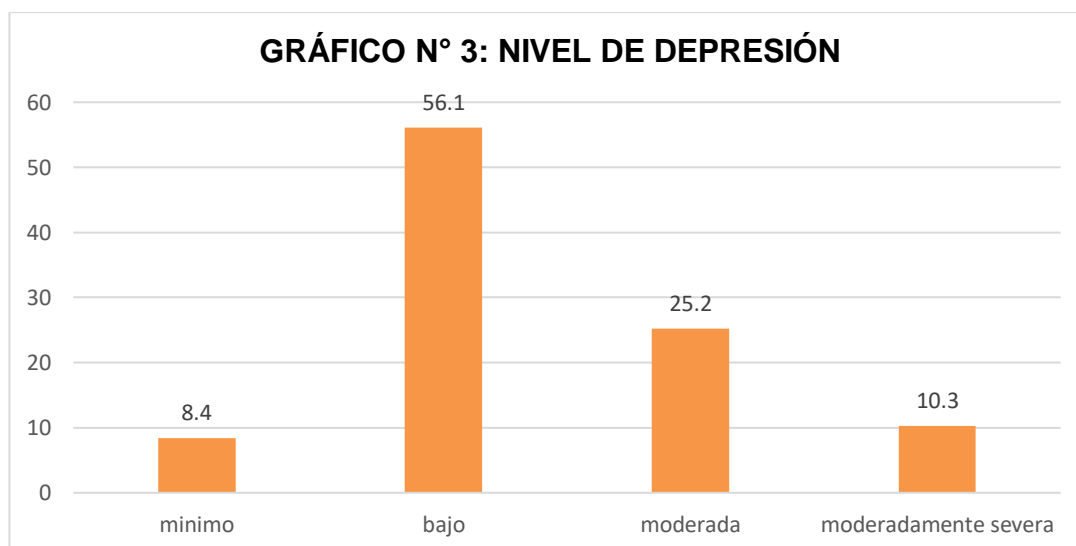
El despistaje de depresión medido por la encuesta se logró un porcentaje acumulado de 63.3% de alumnos que tenían algún síntoma depresivo, y un 36.7% que no tenía ningún trastorno depresivo. De los alumnos que tuvieron algún síntoma depresivo se obtuvo que un 6.5% tubo depresión mayor, un 26% algún tipo de síndrome depresivo y un 30.8% síntomas depresivos positivos.

### RESULTADO 3

**TABLA N° 3: NIVEL DE DEPRESIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	mínimo	9	8,4	8,4
	bajo	60	56,1	64,5
	moderada	27	25,2	89,7
	moderadamente severa	11	10,3	100,0
	severa			
	Total	107	100,0	

Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9



Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9

### INTERPRETACIÓN

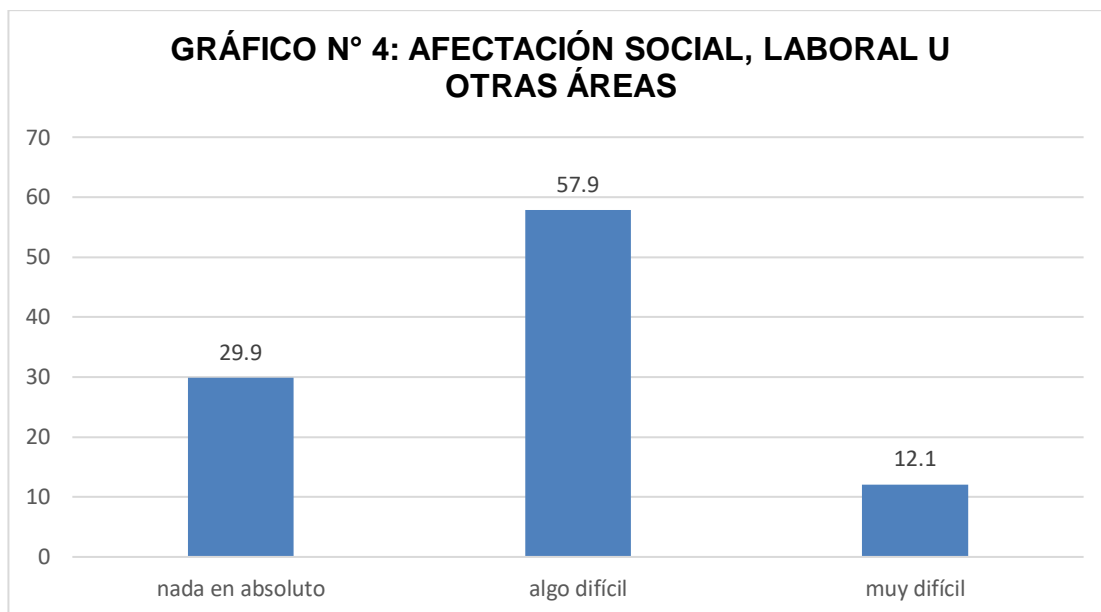
El nivel de depresión fue evaluado a partir de los alumnos que padecían de algún trastorno de depresivo, por ello, para esta variable los datos obtenidos se tomarán en cuenta a partir de los 107 alumnos que tuvieron algún trastorno depresivo, obteniéndose los siguientes resultados: un 5.3% un nivel mínimo de depresión, un 35.5% un bajo nivel de depresión, un 16% un moderado nivel de depresión y un 6.5% un modernamente severo nivel de depresión; no se encontraron alumnos con niveles severos de depresión.

## RESULTADO 4

**TABLA N° 4: AFECTACIÓN SOCIAL, LABORAL U OTRAS ÁREAS**

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	32	29,9	29,9
	algo difícil	62	57,9	87,9
	muy difícil	13	12,1	100,0
	Total	107	100,0	

Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9



Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9

### INTERPRETACIÓN

La afectación social, laboral u otras áreas se obtuvo a partir de alumnos que tuvieron algún grado de depresión, representándose a partir de 107 alumnos, se consiguió los siguientes resultados: un 18.9% nada en absoluto tuvo algún tipo de afectación social, laboral u otras áreas, 36.7% les fue algo difícil y un 7.7% les fue muy difícil conseguir cumplir con su trabajo, relacionarse con otras personas u otros.

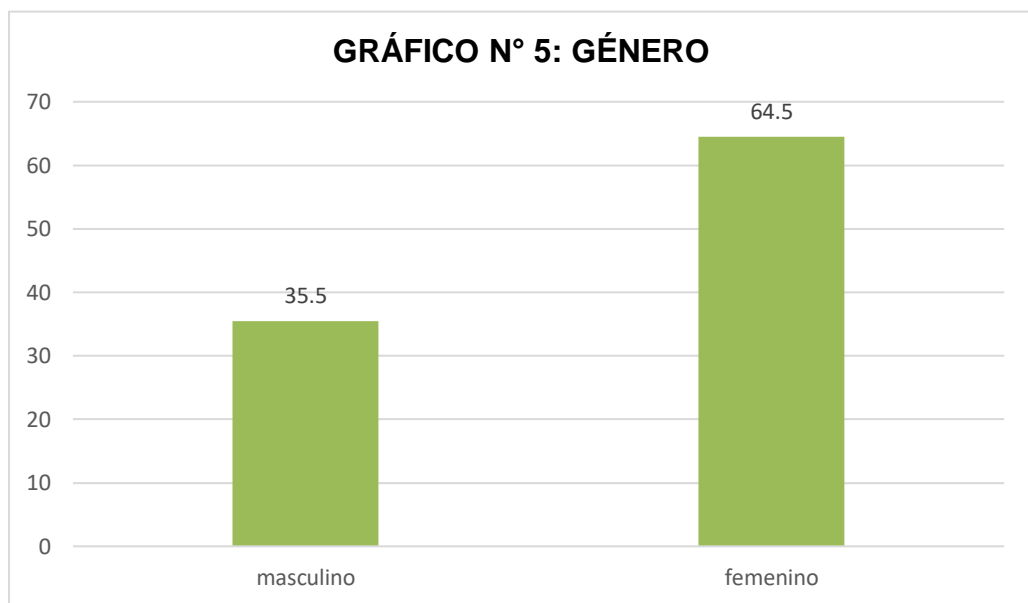


## RESULTADO 5

**TABLA N° 5: GÉNERO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masculino	60	35,5	35,5	35,5
	femenino	109	64,5	64,5	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9



Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9

### INTERPRETACIÓN

A partir de la muestra se tuvo 60 alumnos del género masculino con 35.5% y 109 del femenino 64.5%.

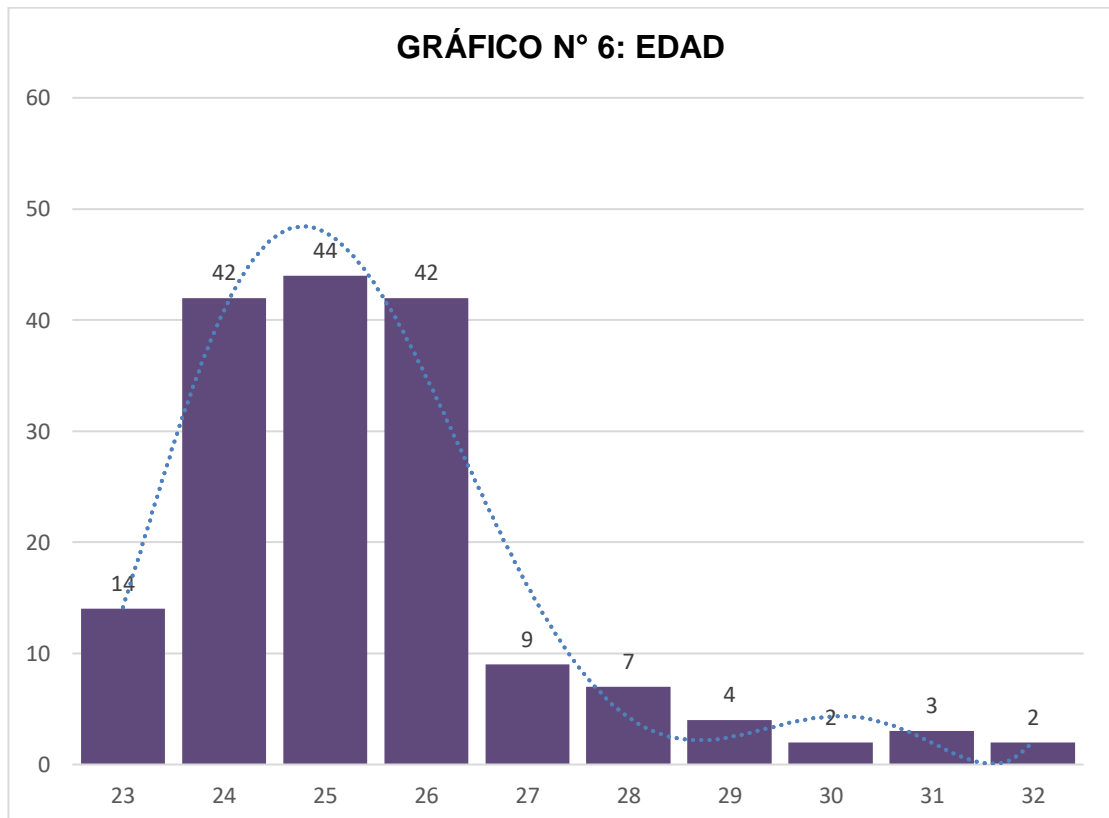
## RESULTADO 6

**TABLA N° 6: EDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	23	14	8,3	8,3	8,3
	24	42	24,9	24,9	33,1
	25	44	26,0	26,0	59,2
	26	42	24,9	24,9	84,0
	27	9	5,3	5,3	89,3
	28	7	4,1	4,1	93,5
	29	4	2,4	2,4	95,9
	30	2	1,2	1,2	97,0
	31	3	1,8	1,8	98,8
	32	2	1,2	1,2	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9

**GRÁFICO N° 6: EDAD**



Fuente: Encuesta de depresión PHQ-9

## **INTERPRETACIÓN**

Con respecto a la edad se obtuvo que el valor mínimo fue de 23 años y el valor máximo de 32 años. Analizando la frecuencia de edades por separado se observó que para el grupo de 23 años un porcentaje de 8.3%, de 24 años 24.9%, de 25 años de 26% siendo este el más frecuente entre los encuestados, de 26 años 24.9%, de 27 años 5.3%, de 28 años 4.1%, de 29 años 2.4%, de 30 años 1.2%, de 31 años 1.8% y de 32 años 1.2%.

### **4.2 DISCUSIÓN**

Como se observó en los resultados, se tuvo una población de 280 alumnos Internos de Medicina Humana. Se sacó una muestra de 169 internos de los cuales 60 fueron varones y 109 fueron mujeres; se evidencia que un 40.1% de encuestados tuvieron síntomas positivos y un nivel bajo de depresión, un 10.2%(11) de encuestado tuvieron un diagnóstico de depresión mayor y un nivel de depresión moderado, esto no concuerda con lo encuestado por Stewart Ndutard Ngasa et al<sup>9</sup>, el cual evidencia en su estudio que un 30.6% presentó depresión mayor relacionado con un nivel leve de depresión. Un 63.3% de encuestados (107), tuvieron algún grado de depresión, esto difiere a lo encontrado con el estudio de Cesar Sánchez Marin et.al<sup>6</sup>, en el que la depresión fue el segundo trastorno más frecuente encontrado en estudiantes de medicina, pero solo representó el 17.3%, también en el estudio de Rohan Puthran et.al<sup>7</sup>, un metaanálisis de 77 estudios en el que se evidenció una prevalencia global de 28% de depresión en estudiantes de medicina; en el estudio de Coumaravelou Saravanan y Ray Wilks<sup>11</sup> donde el 34.9% de encuestados presentó algún trastorno depresivo; el estudio de Mariela Vargas et al<sup>12</sup>, en el que el 13.5% de sus encuestados tuvieron algún tipo de depresión y con lo

mencionado en el estudio de Jennifer Vilchez-Cornejo et al<sup>13</sup> en el que el 32.51% de sus encuestados presentó algún tipo de depresión.

Con respecto al tipo de depresión y como se mencionó anteriormente la encuesta de PHQ-9, no solo tiene la propiedad de hacer despistaje de depresión en la población de riesgo, sino que también permite saber el tipo de depresión que este podría tener. En nuestro estudio 6.5%<sup>11</sup> de los encuestados arrojó depresión mayor en su test, ello coincide con los resultados encontrados por Cesar Sánchez Marin et.al<sup>6</sup>, el cual el 17.3% de estudiantes de medicina presentaron depresión mayor, igualmente con el estudio de Stewart Ndutard Ngasa<sup>9</sup>, en el que 30.6% de su muestra presentó depresión mayor; el 26% tuvo otro síndrome depresivo. En este punto, tener otro síndrome depresivo hace mención a que los trastornos depresivos se dividen en varios tipos de los cuales la depresión mayor es el más importante y el más frecuente, sin embargo existen otros tipos de síndromes depresivos diferentes al de la depresión mayor. La encuesta de PHQ-9 se elaboró con un fin definido en hacer despistaje de depresión mayor, sin embargo los encuestados que no llegaban a cumplir los criterios de depresión mayor en la encuesta, no los descartaba de no tener ningún tipo de depresión, por ello otro trastorno depresivo, hace referencia a que el encuestado no presenta los criterios de sufrir de depresión mayor específicamente pero si de otro trastorno depresivo diferente al ya mencionado. El 30.8%% presentó síntomas depresivos positivos, ello concuerda con lo encontrado en el estudio de Hilde Haldorsen et al<sup>10</sup>, en el cual 30.5% de estudiantes de medicina presentó síntomas depresivos. Tener síntomas depresivos positivos en el test, sugiere que el encuestado se encuentra en el limbo de tener o no tener algún trastorno depresivo, la encuesta de PHQ-9, con el fin de mantener su sensibilidad no descarta a estos pacientes por completo infiriendo de que no tienen ningún trastorno depresivo, al

contrario los deja en un estado de posible, además hay que tener en cuenta que la encuesta no hace el diagnóstico definitivo de depresión mayor ya que es una encuesta de despistaje, para realizarla en poblaciones de riesgo de depresión, es por ello que si un paciente arroja en la encuesta un diagnóstico de depresión mayor, este solo es un diagnóstico probable, a pesar de su alta sensibilidad y especificidad, y debe ser corroborado por un especialista del tema usando los criterios de la DSM-V para depresión mayor u otros trastornos depresivos, en resumen los encuestados que muestran en la encuesta diagnósticos de depresión mayor, otros trastornos depresivos o síntomas depresivos positivos, deben acudir a un especialista, médico psiquiatra, para corroborar con los criterios de la DSM-V de trastornos depresivos y en mayor énfasis en el diagnóstico de depresión mayor. Por otro lado los encuestados que muestran no tener depresión, a diferencia de lo anterior, no es necesario acudir a un especialista.

El nivel de depresión es otra propiedad que la encuesta PHQ-9 brinda, hay que tener en cuenta y como se mencionó anteriormente, el nivel de depresión solo se mide a personas que tienen un diagnóstico de algún trastorno depresivo, en un comienzo el nivel de depresión permite al especialista determinar si el tratamiento que estaba recibiendo el paciente está siendo efectivo o no mediante la toma de la encuesta a ese paciente en varios tiempos, de tal manera de que si en un comienzo su nivel de depresión era severo o moderadamente severo, con el tiempo y el tratamiento apropiado este nivel fuera disminuyendo a bajo o mínimo, corroborando la efectividad del tratamiento; en este estudio se toma parte de esta propiedad para no solo determinar el despistaje de depresión en los Internos de Medicina encuestados, si no también señalar con qué nivel de depresión se encuentran al momento de realizar la encuesta, así el

estudio arrojó que el 35.5% de los encuestados presentó un nivel bajo de depresión siendo este el más frecuente encontrado en el estudio, estos resultados se contrastan con el estudio de Stewart Ndutard Ngasa et al<sup>9</sup>, del cual sus pacientes con depresión 34.6% tuvieron un nivel leve de depresión; con el estudio de Coumaravelou Saravanan y Ray Wilks<sup>11</sup> el cual el 20.4% de estudiantes presentó un nivel bajo de depresión. Además el estudio difiere con lo encontrado por Rodolfo López Hartmann<sup>14</sup> el cual evidencia que el 42% de sus encuestados tuvieron un nivel moderado de depresión y con el estudio de Martha Elva Campuzano González et al<sup>8</sup>, el cual 83% de encuestado tuvieron un nivel mínimo de depresión.

Por último, la encuesta de PHQ-9, incluye una pregunta que no sigue el patrón de puntuación de las demás, la cual hace referencia, a partir de los encuestados que arrojaron algún trastorno depresivo, el grado de afectación en el ámbito social, laboral u otra área de importancia en la vida del paciente; puesto ello, con el fin de hacer lo más posible una homología con los criterios de la DSM-V para depresión mayor; en el presente estudio, a partir de los encuestados que tuvieron algún trastorno depresivo el 36.7% les fue algo difícil poder desenvolverse en estas áreas, el 18.9% no tuvieron ninguna dificultad y solo el 7.7% les fué muy difícil poder desenvolverse.

El estudio toma como fortaleza el hecho de poder tener a la mano una encuesta ampliamente validada, no solo para hacer despistaje, si no también ver el nivel de depresión que presentó cada encuestado. Tomando poblaciones de riesgo, los estudiantes Internos de Medicina, son una comprobada población de riesgo para la depresión, habiendo por ello una amplia información bibliográfica con el cual el estudio se puede contrastar, finalmente el estudio cuenta con el respaldo de la Universidad para poder realizar este trabajo.

Dentro de las debilidades, el que sea un estudio de corte transversal limita el hecho de poder ver una de las cualidades de la encuesta que es lograr comparar durante el tiempo el nivel de depresión de cada encuestado posterior al diagnóstico y tratamiento, con el fin de ver la efectividad del mismo y como este se refleja con la disminución progresivo de los niveles de depresión. Se espera poder realizar posteriormente otro estudio enfocado en este punto.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

1. Se evidencia que los síntomas depresivos positivos y el nivel bajo de depresión fue la proporción más frecuente encontrada en los Internos estudiantes de Medicina Humana de una Universidad Privada de Lima-Perú en el año 2017.
2. Más de la mitad de los estudiantes Internos de Medicina humana de una Universidad Privada de Lima – Perú en el año 2017 tuvieron algún tipo de trastorno depresivo.
3. Los síntomas depresivos positivos fue el trastorno más frecuente encontrado, seguido de otros síntomas depresivos y depresión mayor respectivamente, en los estudiantes Internos de Medicina humana de una Universidad Privada de Lima-Perú en el año 2107
4. Se evidencia un bajo nivel de depresión en la mayoría de los estudiantes, seguido de un nivel moderado, en los Internos Estudiantes de Medicina Humana de una Universidad Privada de Lima – Perú en el año 2017.
5. Más de un tercio de los estudiantes, que presentaron algún tipo de trastorno depresivo, les fue algo difícil desenvolverse en áreas sociales, laborales u otras en los Internos Estudiantes de Medicina Humana de una Universidad Privada de Lima - Perú en el año 2017.

### **5.2 RECOMENDACIONES**

1. Se sugiere hacer un despistaje rápido de depresión a nivel local, ya que el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos en niveles bajos, permite un mayor grado de efectividad en el tratamiento con mayores tasas de curación y menor de recurrencias.



2. Se sugiera formar un área enfocada en hacer despistaje de trastornos mentales, en especial de trastornos depresivos, en las universidades que cuenten con escuelas de Medicina Humana, para que puedan realizar encuestas de tamizaje de depresión, recomendando la escala de PHQ-9 como instrumento principal, dirigido hacia los estudiantes internos de Medicina Humana, ya que son una población de riesgo demostrada en este y otros estudios; y ya que son ellos los que en una primera instancia hacen contacto con los pacientes en áreas como emergencia y hospitalización en sus hospitales correspondientes.
  
3. Se sugiere que a partir de la primera recomendación, los encuestados que tengan algún tipo de trastorno depresivo, complementen su diagnóstico con un especialista, Médico Psiquiatra, facilitado por las universidades para que puede aplicar en ellos los criterios diagnósticos de la DSM, que brindan el diagnóstico definitivo del trastorno y dar un tratamiento rápido y oportuno. Hay que tener en cuenta como se mencionó anteriormente, la escala de PHQ-9, solo proporciona un diagnóstico probable más no el definitivo que tiene que ser corroborado por el especialista.
  
4. Se sugiere, que a partir de las anteriores recomendaciones, que aquellos internos con algún trastorno depresivo y que ya estén recibiendo algún tratamiento, sean vigilados realizando encuestas seriadas facilitadas por las mismas universidades para corroborar si el tratamiento recibido es efectivo o no, esto objetivado por una disminución en los niveles de depresión hasta llegar a un nivel sin depresión o mínimo y que este se logre mantener durante el tiempo.

5. El grado en el que algún trastorno depresivo lleve a afectar algún ámbito de la vida cotidiana como es el área, laboral, social, etc; merece un interés especial; por ello se sugiere que los Internos de Medicina que tengan alguna dificultad en desenvolverse en alguna de esas áreas reciban una mayor importancia en hacer el diagnóstico y el tratamiento, debido a que ello predice de forma independiente la severidad del cuadro

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011 de enero; 68(1): 90-100.
2. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 2005; 39 (6):594–604.
3. Saavedra J. Situación de la salud mental en el Perú. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-HideyoNoguchi. Noviembre de 2009. (Citado el 05 de Enero del 2018) Disponible en: <http://docenciaenpsiquiatria.blogspot.com/2009/11/la-situacion-de-la-salud-mental-en-el.html>
4. Rondón M. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2006; 23(4): 237-238.
5. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and posible explanations. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 108(3):163-174.
6. César Sánchez-Marín, Jorge Chichón-Peralta, Franco Leon-Jimenez, Pedro Alipazaga-Pérez. Trastornos mentales en estudiantes de Medicina Humana en tres universidades de Lambayeque, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2016; 79(4): 197-206.
7. Rohan Puthran, Melvyn W B Zhang, Wilson W Tam. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Medical Education*. 2016; 50: 456-468.
8. Martha Elva Campuzano González, L. Patricia Bustamante Montes, Yamel Libien Jiménez, Diego Miguel Gómez Herrera, Alfredo Vara Castillo. Depresión en alumnos de medicina Universidad autónoma del estado de México, 2009 – 2014. *Revista Electrónica sobre Tecnología, Educación y Sociedad*. 2017; 4(7): 1-12

9. Stewart Ndutard Ngasa, Carlson-Babila Sama, Bonaventure Suiru Dzekem Nforchu KN, Tindong M, Aroke D et al. Prevalence and factors associated with depression among medical students in cameroon: across – sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017; 17: 216.
10. Hilde Haldorsen, Nanna Hasle Bak, Agnete Dissing, Petersson B. Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014; 42: 89–95
11. Coumaravelou Saravanan y Ray Wilks. Medical students experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiet. *The Scientific World Journal*. 2014; Volume 2014 (2014): 1-8.
12. Mariela Vargas, Lincolth Talledo-Ulfe, Paula Heredia, Sarita Quispe-Colquepiscoy Christian R. Mejia. Influencia de los Habitos en la Depresión del Estudiante de Medicina Peruano: estudio en siete departamentos. *RCP*. 2017; 201:1-5.
13. Jennifer Vilchez-Cornejo, Dante Quiñones-Laveriano, Virgilio Failoc-Rojas, Tania Acevedo-Villar, Gabriel Larico-Calla, Sergio Mucching-Toscano. Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de Medicina Humana del Perú. *Rev chil neuro-psiquiat*. 2016; 54 (4): 272-281.
14. Rodolfo López hartmann. Prevalencia de depresión y correlación de dos cuestionarios para la depresión, entre estudiantes de la UMSA. *Revista de psicología*. 2014; 11: 91 -105
15. Allison B. Ludwig, William Burton, Jacqueline Weingarten, Felise Milan, Daniel C. Myers and Benjamin Kligler. Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Medical Education*. 2015; 15:141.
16. Decreto supremo 021-2005-SA (Diario El Peruano n°302737, 21 de octubre del 2005)
17. Nieves Ascunce Elizaga. Cribado: para qué y cómo. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2015, Vol. 38, Nº 1.
18. Teresa Cerda Mota, Nieves Ascunce Elizaga. Implantacion y evaluación de programas poblacionales de cribado. 3° ed. España: EMISA, 2006

19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
20. Shahrokh NC, Hales RE, Phillips KA, Yudofsky SC. The Language of Mental health: A Glossary of Psychiatric Terms, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2011.
21. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12:3.
22. Javier E. Saavedra Castillo, Vilma Paz Schaeffer, Horacio Vargas Murga, Yolanda Robles Arana, Rolando Pomalima Rodríguez, Santos González Farfán. Estudio epidemiológico de salud mental en lima metropolitana y callao- replicación 2012. *Anales de salud mental*. 2013, 29: 106-114.
23. McInnis MG, Riba M, Greden JF. Depressive disorders. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*, Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW (Eds), American Psychiatric Publishing, Washington, DC 2014. p.353.
24. Whiteford HA, Harris MG, McKeon G, Baxter A, Pennell C, Barendregt JJ et al. Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2013; 43(8):1569.
25. Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Gunderson JG. Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73 (1):78.
26. McClintock SM, Husain MM, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Trivedi MH. Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication. *J Clin Psychopharmacol*. 2011;31 (2):180.

27. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord.* 1997;45(1-2):19.
28. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164(10):1539.
29. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002; 136(10):765.
30. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, et al. Screening for Depression in Adults: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 128. AHRQ Publication No. 14-05208-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
31. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ.* 2008;178(8):997.
32. Williams JW Jr, Pignone M, Ramirez G, Perez Stellato C. Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002;24(4):225.
33. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
34. María Calderón, Juan Antonio GálvezBuccollini, Gloria Cueva, Carlos Ordoñez, Carlos Bromley. Validación De La Versión Peruana Del Phq-9 Para El Diagnóstico De Depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2012; 29(4):578-85.

## ANEXOS



**ANEXO N° 1: CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES**  
**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**ALUMNO:** OROZCO CARRILLO FRANCISCO JAVIER

**ASESOR:** DRA. BRAVO LUNA, LENY

**LOCAL:** SEDE CHORRILLOS

**TEMA:** DESPISTAJE, TIPO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN INTERNOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA-PERÚ EN EL AÑO 2017

44

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE :</b>		<b>DEPRESIÓN</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>N° DE ITEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>% DE ITEMS</b>
GÉNERO	1	NOMINAL	DICOTÓMICA	ENCUESTA	7%
EDAD	2	NOMINAL	VALOR NUMÉRICO ENTERO	ENCUESTA	7%
DEPRESIÓN	3	ORDINAL	ESCALA DE LIKER	ENCUESTA	86%
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
<b>TOTAL:</b>					<b>100%</b>



## ANEXO N° 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS-PHQ-9



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

Género:

Edad:

A. Durante las últimas 2 semanas. ¿con cuanta frecuencia le ha molestado los siguientes problemas?

	Nunca 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
Poco interés en hacer la cosas				
Sentirse desanimado o deprimido				
Problemas para dormir o mantenerse dormido o dormir demasiado				
Sentirse cansado o tener poca energía				
Tener poco apetito o comer en exceso				
Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que se decepciona a sí mismo o familia				
Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer periódico o ver TV				
Se mueve o habla tan lentamente que los demás se darían cuenta o al contrario esta agitado o inquieto más de lo acostumbrado				
Se le ha ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que haría daño de alguna manera				

B. Si usted se identificó con cualquier problema de este cuestionario ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas por este problema?

Nada en absoluto  algo difícil  muy difícil  extremadamente difícil



**ANEXO N° 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA  
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**ALUMNO:** OROZCO CARRILLO FRANCISCO JAVIER

**ASESOR:** DRA. BRAVO LUNA, LENY

**LOCAL:** SEDE CHORRILLOS

**TEMA:** DESPISTAJE, TIPO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN INTERNOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA-PERÚ EN EL AÑO 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b></p> <p>PG: ¿Cuál es el despistaje, tipo y nivel de depresión en Internos Estudiantes de Medicina Humana de una Universidad privada de Lima Perú en el año 2017?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>PE 1:</p> <p>¿Cuál es la proporción de Internos Estudiantes de medicina que padecen de trastornos depresivos?</p> <p>PE 2:</p>	<p><b>General:</b></p> <p>OG: Determinar el nivel de depresión en Internos Estudiantes de Medicina Humana de una Universidad de Lima-Perú en el año 2017</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>OE1:</p> <p>Determinar la proporción de Internos Estudiantes de medicina que padecen de trastornos depresivos</p> <p>OE 2:</p>	<p>El presente estudio por ser de tipo Descriptivo no presenta Hipótesis</p>	<p><b>Variable Independiente :</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>Depresión</b></p> <p>Cualitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión mayor</li> <li>- Algún grado de depresión</li> <li>- Síntomas depresivos +</li> <li>- Síntomas depresivos -</li> </ul> <p>Cuantitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mínima o ninguna</li> <li>- bajo               <ul style="list-style-type: none"> <li>- moderado</li> <li>- modernamente severo</li> <li>- severo</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Género</b></p> <p>Cualitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masculino</li> <li>- Femenino</li> </ul> <p><b>Edad</b></p> <p>Cuantitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valor numérico entero</li> </ul>

<p>¿Cuál es la dimensión de Internos de Medicina con algún trastorno depresivo que padece de: depresión mayor, otro trastorno depresivo o síntomas depresivos positivos?</p> <p><b>PE3:</b></p> <p>¿Cuál es a partir de los pacientes con algún grado de depresión, ya sea depresión mayor, otro trastorno depresivo o síntomas depresivos, el grado de severidad de su trastorno?</p> <p><b>PE4:</b></p> <p>¿Cuál es la magnitud de pacientes con algún grado de depresión y que este afecte su trabajo, los cuidados en casa o su relación con las personas?</p>	<p>Definir la dimensión de Internos de Medicina con algún trastorno depresivo que padece de: depresión mayor, otro trastorno depresivo o síntomas depresivos positivos.</p> <p><b>OE3:</b></p> <p>Determinar a partir de los pacientes con algún grado de depresión, ya sea depresión mayor, otro trastorno depresivo o síntomas depresivos, el grado de severidad de su trastorno.</p> <p><b>OE4:</b></p> <p>Determinar la magnitud de pacientes con algún grado de depresión y que este afecte su trabajo, los cuidados en casa o su relación con las personas.</p>		
--	---	--	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p><b>Tipo de Investigación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio no experimental, descriptivo, prospectivo</li> </ul> <p><b>Diseño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio cuantitativo, transversal</li> </ul>	<p><b>Población</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población está constituida por estudiantes Internos de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017</li> </ul> <p><b>N = 280</b></p> <p><b>Muestra= 169</b></p> <p><b>Criterios de inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudiantes Internos de Medicina del año 2017 de la Universidad Privada San Juan Bautista</li> </ul>	<p><b>Técnica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizara la recolección de datos mediante una encuesta a una muestra de 163 Internos de Medicina del Universidad Privada San Juan Bautista, los cuales tendrán aproximadamente 5 minutos para resolver le cuestionario. Posterior a ello se procederá a recoger las encuestas</li> </ul> <p><b>Instrumentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta validada para despistaje de depresión PHQ-9</li> </ul>



**ANEXO N° 4: PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO**  
**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Chorrillos, 20 de febrero del 2018

Carta N° 022-EPMH-2018-UPSJB

Señor

OROZCO CARRILLO FRANCISCO JAVIER

Presente. -

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted para saludarlo cordialmente y comunicarle que ha sido autorizado por el Sr. Decano la solicitud de permiso para la ejecución de encuestas en alumnos internos de Medicina Humana año 2017, y poder desarrollar el proyecto de tesis "DESPISTAJE TIPO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN INTERNOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA EN UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA – PERÚ EN EL AÑO 2017."

Sin otro particular quedamos de ustedes, reiterándole las muestras de nuestra consideración más distinguida.

Cordialmente,

  
Dra. Leny Bravo Luna  
Directora de la Escuela Profesional  
de Medicina Humana

[www.upsjb.edu.pe](http://www.upsjb.edu.pe)

**CHORRILLOS**  
Av. José Antonio Lavalle s/n  
(Ex Hacienda Villa)  
T: (01) 254-5302 / (01) 254-7601

**SAN BORJA**  
Av. San Luis 1923 - 1925  
T: (01) 346-4822 / (01) 346-4823

**LIMA NORTE**  
Av. Carlos Izaguirre 216 - 230 - Independencia  
T: (01) 522-1835  
**Nuevo Local (En construcción):**

**ICA**  
Carretera Panamericana Sur Ex Km. 300  
La Angostura, Subtanjalla  
T: (056) 256-665 / (056) 257-282

**CHINCHA**  
Calle Albillia s/n Urbanización L  
(Ex toche)  
T: (056) 260-329 / (056) 260-4