

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**RELACIÓN ENTRE LA FLEXIBILIDAD FAMILIAR Y LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA. AREQUIPA 2021.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Zaravia Peralta Pamela

Para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujana.

Asesor: Md. Chuquipalla Zamalloa Maribel

Arequipa - Perú

2021

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 12 de Julio

del 2021 **Dictamen: 004086-C-EPMH-2021**

Visto el borrador del expediente 004086, presentado por:

2014400572 - ZARAVIA PERALTA PAMELA

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE LA FLEXIBILIDAD FAMILIAR Y LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARÍA AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1301 - FARFAN DELGADO MIGUEL FERNANDO
DICTAMINADOR**



**1312 - MONTANCHEZ CARAZAS EDGAR
DICTAMINADOR**



**3064 - RAMOS GUERRA SANDRA NELDA
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

A mis padres Juan y Elizabeth por su gran amor, apoyo incondicional y confianza en todo el proceso y término de mi carrera.

A mis hermanos Juan, Melissa y Paola que me brindaron sus consejos y motivación para seguir adelante y no rendirme.

A mis pequeños Benjamín, Dilann y Kennet por ser mi fuente de inspiración y motivación para ser cada día mejor.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica de Santa María y a mis maestros, por sus enseñanzas brindadas que contribuyeron a mi formación tanto profesional y como ser humano.

A todos y cada una de las personas de mi hermosa familia que me acompañaron en esta etapa y siguieron de cerca mis estudios.

A todos mis compañeros del séptimo año de Medicina, que colaboraron con la elaboración de este trabajo de investigación, ya que sin su ayuda esto no hubiese sido posible.



RESUMEN

La familia, es la unidad básica de salud, la misma que cumple una serie de funciones elementales que garantizan la satisfacción de las necesidades básicas de sus integrantes y principalmente es el elemento que promueve el autocontrol por el cual se adquieren las destrezas necesarias para manejar las crisis, angustia, emociones y frustraciones, lo cual favorece una adecuada salud mental de sus miembros.

En tal sentido, se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, cuyo objetivo general fue determinar la relación entre la flexibilidad familiar y la sintomatología depresiva en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2021. La técnica empleada en el estudio fue la entrevista y como instrumentos se emplearon la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, el Inventario de Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory II – BDI-II) y una Ficha de recolección de datos. El universo de estudio fueron 141 estudiantes de séptimo año de la Carrera Profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, los mismos que cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: La flexibilidad familiar de los estudiantes de Medicina Humana, en la dimensión de adaptabilidad es caótica en el 64,45% de casos y la cohesión familiar es relacionada en el 42,22%; de manera general, se encontró que la flexibilidad familiar es extrema o severamente disfuncional en el 64,44%. Las características y el grado de sintomatología depresiva de los estudiantes de Medicina Humana es de depresión mínima en el 83,33%. Se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la flexibilidad familiar en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión y el grado de sintomatología depresiva de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Palabras clave: flexibilidad familiar, depresión.

ABSTRACT

The family is the basic health unit, the same one that fulfills a series of elementary functions that guarantee the satisfaction of the basic needs of its members and is mainly the element that promotes self-control by which the necessary skills are acquired to handle the crisis, anguish, emotions and frustrations, which favors an adequate mental health of its members.

In this sense, a cross-sectional correlational descriptive study was carried out, the general objective of which was to determine the relationship between family flexibility and depressive symptoms in medical students at the Catholic University of Santa María, Arequipa 2021. The technique used in the study was the interview and as instruments were used the Family Cohesion and Adaptability Assessment Scale, the Beck Depression Inventory II (Beck Depression Inventory II - BDI-II and a data collection sheet. The universe of study was 141 students from Sixth year of the Professional Career of Human Medicine at the Catholic University of Santa María, the same ones that met the inclusion criterion. Results: Family flexibility of Medicine students, in the adaptability dimension, is chaotic in 64.45% cases and family cohesion is related in 42.22%; in general, it was found that family flexibility is extreme or severely dysfunctional in 64.44%. The characteristics and degree of depressive symptomatology of the medical students is minimal depression in 83.33%. A statistically significant relationship has been found between family flexibility in the dimensions of adaptability and cohesion and the degree of depressive symptomatology of the medical students of the Catholic University of Santa María.

Keywords: family flexibility, depression.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor con síntomas afectivos, cognitivos, volitivos y somáticos; constituye una afectación global de la vida psíquica. Las personas que realizan actividades que generan grados más altos de estrés emocional, académico o laboral, usualmente pueden tener un riesgo mayor de padecer un trastorno depresivo (1, 2). Un estudio señala que, en los estudiantes de Medicina Humana, la salud mental puede verse más afectada conforme avanza la carrera, porque a lo largo de la misma muchos factores personales, familiares, sociales y académicos van influyendo en el estudiante y en algunos que no tienen un buen manejo del estrés ni resiliencia para afrontarlo en forma adecuada, puede producirse graves consecuencias en su desempeño académico y en su estado de salud físico y mental (3).

En este contexto, la familia cumple un rol fundamental, porque es el núcleo de apoyo más importante para los estudiantes, puesto que las características de la composición familiar permiten comprender la estructura en la que se enmarcan las relaciones entre los miembros del hogar (4). El hecho de que existan diferentes formas de composición familiar, determina también la presencia de una tipología distinta de flexibilidad familiar que es influida por la estructura familiar y muchas veces pueden ser causa de una respuesta social negativa, y debido a que los jóvenes son más susceptibles a la dinámica de la familia o la crítica social, es importante la flexibilidad familiar como elemento mediador de la dinámica de la familia y de la salud y bienestar de sus integrantes (5).

Se ha observado que los trastornos o sintomatología depresiva suelen ser frecuentes en los estudiantes de Medicina Humana, y debido a las altas exigencias personales, familiares y académicas, muchos estudiantes no suelen expresar su malestar y esto con el transcurrir del tiempo puede favorecer el desarrollo de depresión, siendo estas las razones que motivan el interés de la autora para llevar a cabo la presente investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1.Determinación del problema	2
1.2.Descripción del problema	3
1.3. Justificación	4
2. OBJETIVOS	5
2.1.Objetivo general	5
2.2.Objetivos específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. Flexibilidad familiar	6
3.2. Depresión	13
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	26
5. HIPÓTESIS	31
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	32
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	33

1.1.Técnicas	33
1.2. Instrumentos	33
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	35
2.1.Ubicación espacial	35
2.2. Ubicación temporal	35
2.3. Unidades de estudio	35
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.1.Organización	36
3.2.Recursos	36
3.3.Criterios para el manejo de resultados	37
CAPÍTULO III: RESULTADOS	38
3.1. Presentación de resultados	38
3.2. Discusión	48
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	61



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Existe relación entre la flexibilidad familiar y la sintomatología depresiva en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2021?

1.2. Descripción del problema

a) Área de Intervención de Conocimiento

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud.

ÁREA ESPECÍFICA: Medicina Humana.

ESPECIALIDAD: Psiquiatría.

LINEA: Depresión.

b) Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Variable Independiente		
1. Flexibilidad familiar (Es el establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto)	1.1. Adaptabilidad	1.1.1. Rígida: 10 a 19 puntos 1.1.2. Estructurada: 20 a 24 puntos 1.1.3. Flexible: 25 a 28 puntos 1.1.4. Caótica: 29 a 50 puntos
	1.2. Cohesión:	1.2.1. No Relacionada: 10 a 34 puntos 1.2.2. Semirrelacionada: 35 a 40 puntos 1.2.3. Relacionada: 41 a 45 puntos 1.2.4. Aglutinada: 46 a 50 puntos
Variable dependiente		
2. Sintomatología depresiva (Es la presencia de manifestaciones de depresión, sin que necesariamente sea considerada como depresión mayor)	2.1. Inventario de Depresión de Beck II	2.1.1. Mínima: 0 – 21 puntos 2.1.2. Leve: 22 – 42 puntos 2.1.3. Moderada: 43 – 63 puntos

Variable Interviniente		
3. Características sociodemográficas	3.1. Edad	3.1.1. Años cumplidos
	3.2. Sexo	3.2.1. Masculino 3.2.2. Femenino
	3.3. Tiene hermanos	3.3.1. Si 3.3.2. No
	3.4. Tipo de familia	3.4.1. Nuclear 3.4.2. Extensa o compuesta 3.4.3. Monoparental 3.4.4. Monoparental extendida 3.4.5. Mixta o reconstituida 3.4.6. Sin núcleo conyugal

c) Interrogantes Básicas

¿Cómo es la flexibilidad familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María?

¿Cuáles son las características y el grado de la sintomatología depresiva de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María?

d) Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva correlacional de corte transversal.

1.3. Justificación

La relevancia científica del estudio, se basa en que en las últimas décadas se vienen produciendo numerosos cambios en la estructura y funcionamiento familiar, siendo actualmente más evidente a partir de numerosas investigaciones la estrecha relación que tiene la flexibilidad familiar al que también se le suele denominar como funcionamiento familiar, con otras variables de índole psicosocial, mental y también como un factor que se puede ser gatillo para el desarrollo de algunos trastornos entre los que se encuentra la depresión. Sin embargo, en nuestro medio no se cuenta con estudios actuales que evalúen la flexibilidad familiar y la sintomatología depresiva en estudiantes de Medicina Humana, por tanto, el presente estudio aportará información bibliográfica y evidencia acerca de estas variables.

La justificación social se basa en que según estadísticas del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); entre los años 2007-2017, en el Perú, los hogares unipersonales tuvieron un incremento de 74,2% (589 mil 482) con una tasa de crecimiento promedio anual de 5,7%, seguido por los hogares sin núcleo con 26,9% (108 mil 378), los hogares monoparentales aumentaron en 24,4% (874 mil 390), con una tasa de crecimiento promedio anual de 2,2%, es decir, 87 mil 415 hogares por año, mientras que los hogares compuestos disminuyeron en 27,9% (79 mil 206 hogares) (6). Según un estudio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), es un hecho reconocido que la familia cumple un rol primordial en la salud mental de sus integrantes, habiendo señalado que las alteraciones en el funcionamiento familiar se relacionan con la presencia de una serie de trastornos como ansiedad, depresión, soledad, consumo de alcohol y drogas, suicidio, delincuencia juvenil, embarazo adolescente, deserción de los estudios, entre otros. Es por ello, que se considera que el presente estudio aportará valiosa información, puesto que sabemos la alta presión y exigencias que afrontan los estudiantes de medicina, por lo cual, el apoyo de una familia saludable y armónica resulta fundamental para la salud mental de los estudiantes.

La relevancia práctica del estudio se basa en que una de las preocupaciones de la Universidad Católica de Santa María, es velar por el bienestar integral de los estudiantes, por ende, a partir de los resultados que se obtengan, se podrán plantear sugerencias orientadas a la mejora de las actividades que realiza las Oficinas de Tutoría y Bienestar estudiantil, para que se puedan realizar acciones para la atención de los estudiantes y así ayudarlos a superar la sintomatología depresiva, más aun considerando que se encuentran ad portas de iniciar el internado médico, etapa compleja de la formación médica.

El interés personal se originó debido a que algunos estudiantes refieren tener sintomatología depresiva y estas en la mayoría de veces no son atendidas, por lo cual, si las situaciones que influyen en ella se mantienen a lo largo del tiempo o se agregan otras fuentes de estrés, podrían evolucionar a un trastorno depresivo mayor, que tendrá mayores repercusiones en la vida de los estudiantes.

El estudio es factible porque se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la flexibilidad familiar y la sintomatología depresiva en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2021.

2.2. Objetivos Específicos

Evaluar la flexibilidad familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Establecer las características y el grado de sintomatología depresiva de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. FLEXIBILIDAD FAMILIAR

Antes de abordar los temas de la flexibilidad familiar, es pertinente repasar los conceptos de familia, que permitirán una mejor comprensión del tema.

3.1.1. Conceptos de Familia

El concepto de La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar, define la familia como “la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno” (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por Bautista, Arias y Carreño, define a la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial" (8).

3.1.2. Funciones de la familia

Según menciona Díaz (9), todas las familias cumplen una serie de funciones que se dan a nivel personal de cada uno de sus miembros, estas implican la satisfacción de las necesidades básicas que son de carácter biológico, psicológicas y afectivas, estas funciones son más importantes aun cuando la familia se encuentra en la etapa de formación de los hijos, sobre todo en la infancia y adolescencia, puesto que el primer agente que participa en la socialización y ajuste emocional adecuado de los hijos es la familia.

En el contexto social, la familia tiene como función amoldar y sentar las bases de la personalidad e identidad de los hijos, en tal sentido Díaz (9) señala que en el proceso de socialización participa no solo la familia nuclear, sino también la familia extensa, los vecinos, el colegio, universidad, entre otros. Por ende, cuando las familias viven en situaciones de flexibilidad patológica disminuye su capacidad formadora de los hijos y la capacidad de soporte psicoafectivo que promueva la salud integral de cada uno de los integrantes.

Según Valadez, citado por Estremero y Gacia, entre las funciones principales de las familias destacan promover el desarrollo y socialización de los hijos, para lo cual los padres brindan a los hijos todos los cuidados, amor, alimento, satisfacción de las necesidades básicas, brindarles las oportunidades adecuadas para que se desarrollen en el medio intelectual, emocional e interpersonal y que a su vez todo esto favorezca su adecuado desarrollo psicosocial.

Las funciones de la familia cambian en función de las diferentes concepciones y perspectivas familiares. Las funciones de la familia desde la perspectiva biológica incluyen (10):

- La reproducción, que es una de las funciones más importantes de la familia porque adiciona nuevos individuos a la sociedad.
- Generar en la pareja el estado de total goce de las funciones sexuales.
- Ofrecer a los hijos un concepto firme y vivencial del modelo sexual y de género de manera que se les permita a futuro en su vida, tener una identificación clara y adecuada de sus roles sexuales y de género.
- Perpetuar la especie humana en el tiempo y espacio.

Oliva y Villa refieren las siguientes funciones de la familia (11):

- Brindar a los integrantes de la familia seguridad en el campo afectivo.
- Preparar a los integrantes para que puedan desarrollar de forma eficiente los procesos adaptativos.
- Crear hábitos cotidianos y de manejo conductual con responsabilidad.
- Manejar en forma adecuada las crisis, angustia, las emociones y frustraciones, a través del autocontrol.
- Dirigir el desarrollo personal orientado a lograr que los hijos alcancen la independencia.
- Canalizar las energías, promover un control adecuado de los impulsos, la violencia y autoritarismo.

- Brindar protección a cada uno de los miembros y prepararlos para que adquieran independencia mediante la educación y el respeto.

Desde la perspectiva histórico-social, las funciones de la familia son las siguientes (11):

- Perpetuar las costumbres, cultura e identidad de la sociedad en la cual la familia está inserta.
- Reconocer y respetar la autoridad.
- Educar en el lenguaje y en la comunicación escrita, además del uso del diálogo y en general de la comunicación como medio de solución de conflictos.
- Respetar las normas sociales y las normas propias de cada núcleo familiar.
- Promover que los miembros se identifiquen y sigan los roles y modelos de conducta social.
- Crear redes familiares y sociales de acompañamiento y desarrollo social.
- Formar parte integrante del grupo social básico.

3.1.3. Tipos de familia

En el estudio de Seperak (12), mencionan que los nuevos modelos de familia han ido progresivamente equiparándose a los tradicionales. En las generaciones anteriores era más habitual crecer en familias con un padre y una madre unidos por el vínculo del matrimonio. En la actualidad, aunque esta estructura familiar sigue predominando en buena parte de las sociedades, la proporción ha disminuido notablemente en numerosos países. En la actualidad son muy frecuentes las uniones con un padre y una madre que cohabitan sin estar casados, o que conforman familias reconstituidas resultantes de divorcios o nuevas nupcias. También existe un número creciente de otras estructuras familiares como las compuestas por un solo adulto o por dos personas del mismo sexo. Estos cambios en la estructura familiar que se han venido acentuando a lo largo de las últimas décadas obedece a varias situaciones propias del momento histórico cultural que se caracteriza por el retraso en la formalización de las parejas, disminución de la fecundidad y del número de hijos, así como también un incremento importante de las parejas que se separan o divorcian.

Mesa (13), menciona que el concepto de estructura describe la totalidad de las relaciones entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar “es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Es el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran el grupo familiar”.

La estructura familiar no es un fenómeno estático sino más bien se trata de un proceso dinámico que cambia en relación con la etapa del ciclo vital en que ese encuentre o en base a los acontecimientos vitales que sucedan. Las familias, han recibido muchas clasificaciones, una de estas clasificaciones se basa en cinco ejes fundamentales: parentesco, convivencia o presencia física en el hogar, medio de subsistencia, nivel económico y presencia de nuevos tipos de convivencia individual o familiar (13).

a. Parentesco

a.1 Nuclear: está conformada por el hombre y mujer sin hijos, es decir, la pareja que todavía no ha procreado y también aquella pareja que ya tiene hijos (13).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, (INEI), partir del resultado del Censo de Población del año 2017, refiere que los Hogares nucleares: Tienen núcleo conyugal completo o incompleto e hijos. Los nucleares suelen subdividirse en biparentales sin hijos, biparentales con hijos, monoparentales con jefe hombre, monoparentales con jefe mujer (14). La monoparentalidad engloba una heterogeneidad de perfiles, características y situaciones familiares. Las vías de entrada son múltiples: la ruptura matrimonial, la ruptura de una pareja de hecho, la viudedad, y la maternidad o paternidad en solitario. Aunque históricamente las familias monoparentales estaban formadas predominantemente por mujeres viudas, actualmente la separación conyugal es la principal vía de entrada en una familia monoparental (13).

a.2. Extendidas: presentan un núcleo conyugal completo o incompleto más otros parientes del jefe de hogar. No hay presencia de miembros no parientes del jefe de hogar (14).

a.3. Compuestas: tienen un núcleo conyugal completo o incompleto, pueden tener o no otros parientes del jefe de hogar, y tienen otros miembros no parientes del jefe (14).

a.4. Reconstituida: es la familia conformada por el padre y madre, en la cual, uno de ellos o ambos ha sido divorciado o viudo y tienen hijos de unión anterior. Este tipo de familia constituye un fenómeno emergente que cada vez se hace más frecuente en la sociedad (13). Se debe tener en cuenta que la reconstitución familiar supone una reconfiguración de los roles maternos y paternos, además del establecimiento de nuevas relaciones de filiación, la ampliación de las redes de parentesco y al mismo la existencia de relaciones familiares más complejas.

La distinción entre maternidad/paternidad biológica y social no es un concepto nuevo, dado que ya estaba presente en los procesos de adopción y en las segundas nupcias de viudos/as con hijos. Sin embargo, mientras que en esos casos los padres sociales sustituyen a los biológicos, en los casos de nuevas uniones de separados/divorciados con hijos no hay sustitución, sino coexistencia de la maternidad/paternidad biológica y social, estableciéndose un complejo mundo de relaciones en estas “dobles familias”, donde los roles que deben desempeñar cada uno de sus miembros no están claramente establecidos socialmente (13).

a.5. Unipersonales: se forma por una sola persona (14).

a.6. Familias sin núcleo conyugal: no se conforman con un núcleo conyugal, con presencia de otros parientes del jefe de hogar y/o no parientes del jefe de hogar. Este tipo de hogar se conforma por dos personas o más (14).

3.1.4. Funcionalidad familiar

El clima familiar, es definido por Zavala y citado por Mesa (13) “como el estado de bienestar resultante de las relaciones que se dan entre los miembros de la familia”. Este estado refleja el grado de comunicación, cohesión e interacción, el grado de organización de la familia y el control que ejercen unos sobre otros. Los estudios han demostrado que el clima que se vive en el contexto familiar tiene repercusiones en la conducta de sus miembros.

Existen distintos procesos de cambio que explican el funcionamiento familiar los mismos que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada.

La familia no es un sistema pasivo, por lo contrario, es un sistema intrínsecamente activo. Es por ello que todo tipo de tensión, que sea debida a los cambios que pueden ocurrir dentro de la familia, como puede ser que un hijo se independice, la muerte de algún miembro, la separación de los padres, etc. o tensiones de causas externas como mudanzas, pérdida del trabajo, etc. repercuten en el sistema y en el funcionamiento familiar. Todos estos cambios necesitan que se tenga un proceso de adaptación, esto quiere decir, un proceso de transformación constante de las interacciones y las reglas familiares que sean capaces de mantener la continuidad de la familia y el crecimiento de sus miembros.

Para que este doble proceso de continuidad y crecimiento pueda darse por medio de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, debe haber la suficiente capacidad de transformación. En este proceso actúan circuitos retroactivos a través de un complejo mecanismo de retroalimentación (feedback) orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa) o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva). La flexibilidad es necesaria para garantizar el cambio y el desarrollo en una situación de crecimiento, envejecimiento y condiciones ambientales cambiantes, mientras que la estabilidad lo es para lograr un espacio familiar interno bien definido con reglas aceptadas que proporcionan a cada miembro de la familia un marco de orientación afectivo y cognitivo (13).

La flexibilidad familiar saludable, implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. La dinámica familiar, es entendida como “el establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto.

Las cualidades más importantes que denotan un buen funcionamiento familiar son; la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional, la comunicación efectiva, el buen afrontamiento y resolución de problemas” (5).

3.1.5. Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales

El Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales, ha recibido mucha difusión en los últimos años tanto en el mundo académico como profesional, sostiene que la cohesión,

la adaptabilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo de la funcionalidad familiar.

La Cohesión se define como “el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan”. Evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia (15).

La flexibilidad familiar según Olson, citado por Singueza y Bunay (15), se define como: “la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo”, es decir que la estructura familiar puede verse afectada en un cambio, la desintegración de una familia nuclear (no logra la adaptabilidad el padre o la madre), hay cambios en las reglas y roles que los hijos muchas veces no están acostumbrados a realizar y para poder lograr esta habilidad tratan de adaptarse.

La adaptabilidad familiar también se define como “la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones” (15).

El modelo postula que el sistema familiar se basa en dos dimensiones centrales de la vida familiar: cohesión y adaptabilidad.

Olson identifica cuatro niveles de cohesión familiar que se encuentran en un continuo balance que van desde un bajo nivel de cohesión (desligada) hasta una cohesión extrema (aglutinada), lo mismo hace con la adaptabilidad identificando cuatro niveles de

adaptabilidad, los niveles óptimos se denominan flexibles y estructurado mientras los extremos negativos están representados por los niveles rígidos y caóticos (15).

De acuerdo a estas teorías y el análisis de los sistemas familiares, en cuanto a la conformación de los mismos, los procesos y características de las relaciones familiares, se ha podido demostrar que el funcionamiento familiar puede influir tanto de manera positiva o negativa en el comportamiento y personalidad de cada uno de los miembros, algunos de los cuales, pueden ser más vulnerables a las crisis familiares, mientras que otros son más resistentes (15).

3.2. DEPRESIÓN

3.2.1. Concepto

En el año 1994 surge el concepto de depresión menor en el DSM-IV, en el cual se define como “un cuadro en donde se presentan uno o más episodios de síntomas depresivos con una duración mínima similar a la requerida para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, pero con la presencia de entre dos a cuatro de los siguientes síntomas depresivos: estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida o aumento de peso, alteración del patrón de sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o falta de energía, sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad de pensamiento, concentración o indecisión, e ideas recurrentes de muerte, ideación suicida o intento suicida” (16). Añade que estos síntomas deben generar un malestar clínicamente significativo o deterioro funcional. Además, especifica que no se deben presentar otros trastornos depresivos o maníacos, así como tampoco pueden existir trastornos psicóticos. Puede ser difícil diferenciar el trastorno depresivo menor de los periodos de tristeza característicos de la vida diaria de un individuo normal, por lo que es necesario que los síntomas depresivos se encuentren presentes al menos por dos semanas (16). La versión del DSM-IV-TR (APA, 2000) mantiene la misma tipificación del concepto.

En el año 2010, la APA propuso dos cambios en la categoría de desorden depresivo no especificado para ser incorporados en el DSM-5: contar con un código para tipificar algunos de los trastornos contenidos en dicha categoría, ya que no ha existido una sistematización de la evidencia que permita su investigación y en el ámbito de la

denominación, cambiar el concepto de “desorden” por “condición”, básicamente porque algunas de las situaciones incluidas en el desorden depresivo no especificado, no incluye síntomas específicos. En esta misma publicación se anticipa que el concepto de depresión menor no estaría incorporado en el DSM-5, pero sí notifican que la depresión subsindromal es similar al criterio propuesto en el DSM-IV para depresión menor (17).

En la quinta edición del DSM se hace referencia de “otro trastorno depresivo especificado” y “otro trastorno depresivo no especificado” (18), refiriéndose a presentaciones sintomáticas que generan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas vitales, pero que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos. La diferencia entre el trastorno especificado y no especificado radica en si el clínico decide o no comunicar los motivos de por qué el conjunto de síntomas no cumple con los criterios de un trastorno depresivo en particular.

La depresión está bien establecida como una de las enfermedades psiquiátricas más comunes, con una tasa de prevalencia global del 4,4% (19).

La depresión es un síndrome caracterizado por los siguientes síntomas cardinales: estado de ánimo decaído la mayor parte del día y casi todos los días, y disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer. Además, comprende un espectro de variantes clínicas de acuerdo con la evolución, respuesta al tratamiento, tendencia a la cronicidad, recurrencia, y gravedad, que puede aparecer en forma de trastorno leve hasta alteraciones graves con síntomas psicóticos.

Los trastornos depresivos corresponden a una categoría taxonómica de los trastornos afectivos. A su vez, se subdividen en tres grupos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. De éstos, la depresión mayor (también llamada depresión unipolar) y la distimia son las categorías más frecuentes (20).

El DSM define al trastorno depresivo mayor por “la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, y se caracteriza por la aparición de síntomas como estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días; disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las

actividades; alteraciones de peso (pérdida o aumento del mismo); alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias); fatiga o pérdida de energía; agitación o enlentecimiento psicomotores; sentimientos de minusvalía y/o de culpa excesivos; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente. Estos indicios provocan deterioro social y laboral y no se explican mejor por la presencia de un duelo, ni son debidos al consumo de sustancias o a una enfermedad médica (21).

3.2.2. Epidemiología

Una revisión sistemática de la prevalencia de la depresión en estudiantes universitarios identificó 24 estudios independientes e informó que la tasa media de prevalencia de la depresión entre la población fue del 30,6%, oscilando entre el 10% y el 85% en varios países entre 1990 y 2010 (20). Además, la depresión es ampliamente reconocida como una enfermedad debilitante que puede afectar negativamente la salud física, el funcionamiento cognitivo, las habilidades sociales y el rendimiento académico de los estudiantes (21, 22). Sin embargo, una gran proporción de personas con depresión permanecen sin diagnosticar, no buscan tratamiento o experimentan un retraso en la búsqueda de ayuda profesional.

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y afecta del 3 al 6% de la población general. Se estima que una de cada 5 personas que nacen padecerá depresión al menos una vez en la vida y el 70% tendrá más de un episodio. El riesgo es de 2 a 6 veces mayor en parientes de primer grado, es dos veces más frecuente en el sexo femenino y más frecuente durante la adolescencia y juventud y en el puerperio hasta seis meses después del parto. Luego de la adolescencia, la edad de presentación suele estar entre los 20 a 50 años dependiendo de eventos estresantes, antecedentes genético familiares y cambios hormonales. Algunos factores de riesgo son el vivir en zonas rurales, tener abuso o dependencia de sustancias como alcohol y drogas, tener antecedentes de trastorno de angustia, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno de Ansiedad Social; además, la depresión es reconocida porque empeora cualquier condición patológica preexistente o las que se presentan en cualquier etapa de la vida (23).

3.2.3. Fisiopatología

Durante décadas, ha habido paradigmas clásicos que estudian la fisiopatología de la depresión incluida la química de las monoaminas, la plasticidad neuronal y los circuitos neuronales, cada uno de los cuales facilitó el estudio de esta patología tanto desde el punto de vista teórico como su aplicación al campo clínico. Rol importante tienen los neurotransmisores, blancos de células madre neurales y regiones cerebrales específicas y redes, todas cruciales para los comportamientos relacionados con la depresión tanto en humanos como en animales.

Los paradigmas contemporáneos pueden progresar mediante un esfuerzo por comprender la fisiopatología de la depresión como un modelo conjunto entre neurotransmisores, blancos de células madre y redes cerebrales. Por lo tanto, los defectos de la neurogénesis del hipocampo son un sello distintivo de la depresión. Cada vez hay más pruebas que apuntan a déficits del hipocampo en actividad y volumen y reducciones en la expresión génica dependiente de la actividad, que colectivamente reflejan defectos de neurogénesis en la circunvolución dentada del hipocampo (26).

La neurogénesis del hipocampo concibe la regulación mediada por la actividad de los circuitos neurales (27); por lo tanto, se han realizado esfuerzos exploratorios para estimular circuitos específicos del hipocampo con el fin de mejorar la neurogénesis en pacientes con depresión, así como en animales estresados. Curiosamente, en modelos animales, enfoques como la estimulación cerebral profunda demuestran que la estimulación de la corteza entorrinal mejora el rendimiento cognitivo dependiente del hipocampo a través de la neurogénesis del hipocampo, lo que resulta en mejoras en la memoria y la separación de patrones. Estos hallazgos en modelos animales corroboraron la neurogénesis del hipocampo regulada por la corteza entorrinal y la mejora de la memoria en sujetos humanos (27). Además, estudios pioneros que utilizan técnicas avanzadas, incluida la optogenética, la quimiogenética y los enfoques de base molecular, han destacado el circuito entorrinal-hipocampal en la regulación de la neurogénesis y las funciones cognitivas y emocionales dependientes del hipocampo. Como ejemplo representativo, la estimulación precisa de aferentes glutamatérgicos entorrinales conduce a mejoras en los comportamientos

relacionados con la depresión en modelos animales inoculados por estrés, que se acompaña de un aumento de la neurogénesis del hipocampo (28).

En conjunto, los circuitos de la corteza entorrinal-hipocampal implican la neurogénesis en la memoria, la separación de patrones y el estado de ánimo, todos los cuales pueden verse obstaculizados en la depresión. Por tanto, el circuito entorrinal-hipocampal puede ser un modelo plausible de circuito neuronal-neurogénesis en la depresión. Se destaca los hallazgos de estudios en animales y humanos, para respaldar la relación causal entre los circuitos entorrinal-hipocampal y la neurogénesis en la regulación de la memoria, la separación de patrones y el estado de ánimo.

a. Neurogénesis adulta dependiente de la actividad y marco del modelo de acoplamiento de los circuitos neuronales y la neurogénesis de la depresión

El modelo de depresión de acoplamiento de circuitos neuronales-neurogénesis se basa tanto en el conocimiento neurofisiológico duradero de la neurogénesis del hipocampo adulto como en trabajos pioneros que no solo recapitulan la neurogénesis, sino que también demuestran el impacto de la modificación de los circuitos neuronales en la neurogénesis y los comportamientos relacionados con la depresión. La corteza entorrinal y el hipocampo están implicados sinápticamente en la neurogénesis del adulto, lo que implica una red de largo alcance en la regulación de nichos de células madre neurales. La neurogénesis adulta se caracteriza por una capacidad dinámica para modificar la fuerza sináptica y el número, que está regulada por diversos mecanismos que hacen que las entradas sinápticas de una manera dependiente de la actividad al hipocampo.

La corteza entorrinal proporciona la principal entrada de excitación a la circunvolución dentada, la única subregión del hipocampo, donde las células granulares se generan nuevamente, maduran y finalmente se incorporan a los circuitos hipocampales existentes. La estimulación glutamatérgica del hipocampo se ha implicado durante mucho tiempo en la regulación de la neurogénesis adulta en múltiples etapas (29). Los primeros trabajos que utilizaron un registro de parche-clamp demostraron una sólida conectividad sináptica glutamatérgica entre las células granulares y las proyecciones

entorrinales, que se produce a las 2-3 semanas de edad neuronal después de la estimulación de la proyección entorrinal a las células granulares del hipocampo. Esto está en consonancia con otro hallazgo de un estudio de rastreo trans-sináptico. Curiosamente, la corteza entorrinal solo comienza a desarrollar entradas sinápticas a las neuronas nacidas en adultos cuando las neuronas nacidas en adultos alcanzan los 21 a 28 días de edad celular, durante los cuales ocurre la maduración de las neuronas (29).

Este período crítico sugiere que la corteza entorrinal está implicada en la regulación de la neurogénesis adulta durante la fase de maduración. Esto también está respaldado por un estudio que identificó este período crítico durante el cual la estimulación glutamatérgica de las vías perforantes que unen la corteza entorrinal con la circunvolución dentada del hipocampo, lo que conduce a una mayor potenciación a largo plazo de las neuronas nacidas en adultos. Durante las 4 a 6 semanas posteriores al nacimiento, las neuronas exhiben tanto un umbral más bajo como una amplitud de potenciación a largo plazo más alta por los niveles fisiológicos de estimulación. Aunque puede haber regulaciones indirectas a través de un mecanismo no autónomo de la célula que modula los circuitos neuronales existentes.

En conjunto, la corteza entorrinal tiene un papel regulador en la neurogénesis del hipocampo del adulto de una manera dependiente de la actividad. Por tanto, el concepto de circuito entorrinal-hipocampal y la neurogénesis subsiguiente es defendible. Basándonos en este concepto, se abordó la cuestión de si el modelo de acoplamiento de circuitos neuronales y neurogénesis puede aplicarse a la fisiopatología de la depresión, lo que podría estar respaldado en parte por trabajos anteriores que apuntan a los defectos de la neurogénesis del hipocampo como un sello distintivo de la depresión (31).

- **Circuito entorrinal-hipocampal y neurogénesis en la memoria**

El daño episódico de la memoria es un síntoma cognitivo importante de la depresión. Los déficits de memoria episódica se relacionan con reducciones de volumen no solo en el hipocampo, sino también en la corteza entorrinal, lo que indica que los síntomas cognitivos de la depresión podrían derivarse parcialmente de una fisiopatología combinada que abarca la corteza entorrinal y el hipocampo.

En particular, numerosos estudios han sugerido que los defectos de la neurogénesis del hipocampo conducen a un deterioro de la memoria episódica en la depresión (32, 29, 33). No obstante, el mecanismo por el cual los circuitos del hipocampo regulan la memoria episódica a través de la neurogénesis del hipocampo sigue sin estar claro.

El circuito entorrinal-hipocampal se conoce como un centro de memoria del cerebro humano y de los primates, principalmente en el procesamiento de recuerdos episódicos de información objetiva, espacial y temporal, como qué, dónde y cuándo. En los seres humanos, se ha demostrado que la estimulación de la corteza entorrinal provoca cambios fisiológicos favorables, incluidos los procesos relacionados con la memoria y el aprendizaje. Específicamente, la estimulación cerebral profunda de la corteza entorrinal humana induce mejoras en la memoria espacial. En una tarea de navegación espacial, sujetos humanos con estimulación entorrinal alcanzaron un destino dentro de un entorno virtual en un tiempo más corto en comparación con los controles sin estimulación entorrinal. En particular, la estimulación entorrinal está acompañada por el restablecimiento del ritmo theta del hipocampo, lo que permite condiciones óptimas para la inducción de la potenciación a largo plazo, dando lugar a una codificación fina del hipocampo de la información espacial. Por el contrario, la estimulación cerebral profunda directa en el hipocampo no afecta ni deteriora el procesamiento de la memoria dependiente del hipocampo, lo que enfatiza la eficacia de dirigirse a los circuitos del hipocampo en sentido ascendente en lugar del hipocampo per se (29).

- **Circuito entorrinal-hipocampal y neurogénesis en la separación de patrones**

La separación de patrones es la capacidad de distinguir entre representaciones contextuales similares y depende de la neurogénesis del giro dentado del hipocampo.

La separación de patrones alterada es un marcador potencial de defectos de neurogénesis del hipocampo en la depresión. Los estudios de ablación por neurogénesis y los enfoques quimiogénéticos contemporáneos apuntan

constantemente a la relación entre los defectos de la neurogénesis y los déficits en la separación de patrones.

En otro nivel, los estudios de imágenes funcionales en asociación con tareas conductuales apoyan adicionalmente la idea de que la corteza entorrinal puede estar implicada en la separación de patrones; esto también está respaldado por el conocimiento neurofisiológico de que la corteza entorrinal sirve como una región clave que media la comunicación entre el hipocampo y la neocorteza para recibir y almacenar representaciones sensoriales y espaciales corticales multimodales antes de transmitir las a la circunvolución dentada del hipocampo, donde las representaciones anteriores y nuevas entrantes de similares los sujetos se distinguen a través de una codificación escasa y flexible para diversos patrones de actividad de diferentes representaciones. No obstante, muy pocos estudios han investigado directamente la relación entre los circuitos entorrinal-hipocampal y la separación de patrones (29).

Los estudios de imágenes funcionales plantean la posibilidad de que la corteza entorrinal pueda estar implicada en los circuitos del hipocampo superior para operar la separación de patrones. Estudios anteriores utilizaron sujetos humanos de edad avanzada para examinar la asociación entre la disfunción del circuito implicado en la corteza entorrinal y el deterioro cognitivo, porque se ha encontrado que las reducciones de volumen en los lóbulos temporales mediales, incluida la corteza entorrinal, se relacionan con déficits cognitivos tanto en la depresión como en el envejecimiento.

Un estudio que utilizó imágenes de resonancia magnética funcional de alta resolución (fMRI) exploró la posibilidad de disfunción del circuito entorrinal-hipocampal que conduce a defectos de separación de patrones al examinar las actividades funcionales de la corteza entorrinal anterolateral y la circunvolución dentada del hipocampo y CA3 (34). En una tarea de discriminación, los sujetos con disociación entorrinal-hipocampal funcional no pudieron distinguir entre representaciones de objetos similares, aunque su distinción espacial estaba intacta.

Específicamente, los sujetos mostraron hipoactividad en la corteza entorrinal anterolateral e, inversamente, hiperactividad en la circunvolución dentada del hipocampo y CA3, lo que sugiere que los desequilibrios de actividad regional pueden estar relacionados con defectos de discriminación de objetos. Esto es corroborado por las fisiologías de la corteza entorrinal lateral y medial implicadas en la discriminación espacial y de objetos, respectivamente. Esto también es consistente con un estudio que utilizó roedores para demostrar que la actividad neuronal entorrinal lateral está directamente relacionada con la hiperactividad CA3 del hipocampo. Los sujetos con depresión mostraron hipoactividad en la amígdala e, inversamente, hiperactividad en la corteza entorrinal así como en el hipocampo durante la discriminación falsa de representaciones similares positivas. Los autores sugirieron que la corteza entorrinal puede estar involucrada en el procesamiento emocional de la separación de patrones, y que puede haber circuitos ascendentes que abarquen la amígdala y la corteza entorrinal para controlar la circunvolución dentada del hipocampo / CA3. Juntos, a pesar de que estos experimentos de resonancia magnética funcional con seres humanos de edad avanzada solo observaron correlaciones funcionales de la separación de patrones, los resultados proporcionan indirectamente evidencia de que la corteza entorrinal puede estar involucrada en los circuitos del hipocampo relacionados con la separación de patrones (34).

- **Circuito entorrinal-hipocampal y neurogénesis en la regulación del estado de ánimo**

La neurogénesis del hipocampo está estrechamente relacionada con la fisiopatología de la depresión, así como con la respuesta a los tratamientos antidepressivos. Los defectos de la neurogénesis del hipocampo se acompañan de comportamientos relacionados con la depresión, como el desamparo y la desesperanza (35). Los estudios indican que los defectos de la neurogénesis median alteraciones de la fisiología, incluida la inflamación, el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal y factores neurotróficos, que están todos asociados con la depresión o la resistencia al estrés. Además, se sabe que los defectos de la

neurogénesis reducen los efectos terapéuticos de los antidepresivos, retrasando la recuperación de la depresión. En consecuencia, existen esfuerzos para mejorar la neurogénesis del hipocampo, para lo cual se adoptan enfoques de estimulación para inducir efectos conductuales en modelos animales estresados. En tales ensayos, el hipocampo se somete a una estimulación cerebral profunda para mejorar la neurogénesis, que, sin embargo, no da lugar a alteraciones en las funciones dependientes del hipocampo, como la memoria. Más bien, los circuitos del hipocampo superior, como la corteza entorrinal, surgieron como un objetivo más apropiado de los enfoques de estimulación cerebral para mejorar los comportamientos relacionados con la depresión.

b. Efecto sobre la glicógeno sintasa cinasa 3 β (GSK-3)

El interés por la proteína pro-apoptósica GSK-3 como blanco de los antidepresivos surge de varios hallazgos: a) se conoce que el litio, un ión con propiedad antimaniaca, es un inhibidor de esta enzima, al impedir su interacción con el complejo β -arrestina-fosfatasa2A-Akt; b) la mayor actividad de GSK-3 está asociada a alteraciones en la plasticidad neuronal, la estructura y la sobrevivencia celular; c) estudios post-mortem revelan un aumento de la actividad de GSK-3 en la CPF de individuos con DM105 y d) la activación del receptor 5-HT1A resulta en la fosforilación e inhibición de GSK3, en el hipocampo y la corteza del ratón.

Si bien el agonista serotoninérgico d-fenfluramina o la fluoxetina y la imipramina inhiben a la GSK-3 en la CPF, el hipocampo y la estriado, es prematuro concluir que la inhibición de la GSK-3 contribuya al efecto terapéutico de los antidepresivos porque su fosforilación alcanza el máximo de 30 a 60 min después de la inyección de d-fenfluramina o fluoxetina, decayendo a su nivel basal en las siguientes horas (36).

c. Efectos epigenéticos

Recientemente la epigenética ha aportado un conocimiento adicional sobre la patogénesis de la DM y el mecanismo de acción de los antidepresivos. En este enfoque se le atribuye al estrés crónico un papel relevante en la interacción del medioambiente con la carga génica del individuo, siendo la acetilación (activador de la expresión) y/o la metilación (inhibidor

de la expresión) de las histonas el mecanismo molecular por el cual el estrés modifica el patrón de expresión génica (36).

Tsankova et al. (37) encontraron que el estrés por rechazo social inhibe en el hipocampo del roedor la expresión de BDNF y aumenta la metilación de la histona H3-K27; en tanto que la imipramina revierte el efecto sobre el BDNF al inhibir la expresión de la histona deacetilasa-5 (Hdac5) generando subsecuentemente un aumento en la acetilación de la histona H3. Consistentemente con lo anterior, la sobreexpresión en el hipocampo de Hdac5 revierte el efecto conductual de la imipramina, la cual promueve la conducta de socialización. Otro estudio muestra que la infusión en el NAc del inhibidor de las Hdac, el MS-275, tiene efectos antidepresivos en las pruebas de rechazo social y FST (38).

El mecanismo epigenético también contribuye a la vulnerabilidad al estrés. Por ejemplo, el estrés social produce en el NAc aumento en la metilación de 1285 genes; notablemente la imipramina revierte el grado de metilación con un perfil génico semejante al encontrado en los ratones que toleran la presencia del macho agresivo (39).

Uchida et al. (40), empleando dos cepas de ratones, una vulnerable (BALB/c) y otra resistente (C57BL/6) al estrés crónico físico, sugieren que uno de los genes cuyo nivel de expresión se correlaciona con la vulnerabilidad o la tolerancia al estrés es el del factor neurotrófico derivado de la glia (GDNF). Por ejemplo, la cepa BALB/c responde al estrés reduciendo tanto la acetilación de H3 como la expresión del GDNF (estos efectos se revierten con la imipramina); en contraste, la C57BL/6 responde de manera opuesta al estrés (40). Las pruebas conductuales revelan que el nivel de expresión del GDNF se correlaciona positivamente con la prueba que valora la conducta de interacción social y hedónica, pero no con la FST. Estos hallazgos sugieren que en el humano algunas conductas depresivas tienen su base molecular en cambios en el nivel de expresión de genes específicos y en áreas definidas del SNC.

d. Otros blancos moleculares

Otra proteína cuya expresión es inhibida por la imipramina es la proteína p21. Esta proteína es un inhibidor de las cinasas dependientes de ciclinas y, por ende, regula la proliferación celular. Se postula que la inhibición de la expresión de p21 es parte del mecanismo

mediante el cual los antidepresivos estimulan la neurogénesis en el hipocampo (41). Sin embargo, no es claro si la neurogénesis en el hipocampo es indispensable para el efecto antidepresivo observado en la prueba FST. Lo anterior se plantea porque cuando se inhibe la neurogénesis por irradiación con rayos X del hipocampo, la fluoxetina continúa ejerciendo su acción antidepresiva en la prueba FST (42).

Otro blanco molecular de los antidepresivos es la proteína p11. Esta molécula de señalización interacciona con los receptores 5-HT_{1B} y 5-HT₄, y su expresión está reducida en la CCA y NAc de pacientes con DM (43). En el roedor, la fluoxetina, la imipramina y la tranilcipromina, pero no el NSRI desipramina, estimulan la expresión de p11 en la corteza frontal y el hipocampo (43, 44). Además, citoquinas como el interferón- γ y TNF- α aumentan la expresión de p11 (44). Se desconoce el grado de entrecruzamiento de las vías de señalización estimuladas por las citoquinas (efecto en cuatro horas) y los antidepresivos (efecto en 14 días). Otro dato revelador es que los fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (NSAIDs) reducen la eficacia de los SSRIs para aumentar la expresión de p11, y este antagonismo se extiende a su efecto antidepresivo en la prueba FST y la DM (44). En contraste, los NSAIDs aumentan la eficacia terapéutica del NSRI reboxetina (45). En conjunto todos estos hallazgos sugieren que existe una divergencia en el mecanismo molecular que subyace a la acción terapéutica de los SSRIs y los NSRIs.

3.2.4. Manifestaciones clínicas

Según la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE10), los síntomas como el cambio en el estado de ánimo, en la capacidad para disfrutar, la disminución de la energía y la reducción de la autoconfianza y la autoestima, que en muchas ocasiones se acompañan de ciertos síntomas somáticos, entre los que se encuentran la pérdida de interés, despertar antes de lo habitual, ausencia de reacción emocional ante una situación que normalmente la produce, empeoramiento del humor depresivo en la mañana, enlentecimiento psicomotor, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido (18).

Así también, se ha señalado que, según el número de los síntomas, los episodios depresivos pueden ser leves, moderados, o graves (46). Es importante mencionar que se pueden

considerar los cuadros depresivos como parte de un continuo, y no como una entidad categórica, ya que existen personas que no cumplen con la totalidad de los síntomas para recibir un diagnóstico de depresión leve, moderada, o grave. De acuerdo con esto, la sintomatología depresiva podría implicar la presencia de un número reducido de síntomas, cuya cantidad no cumple necesariamente todos los criterios del trastorno. A diferencia de un estado emocional como es la tristeza, la cual se caracteriza por presentar ciertos síntomas depresivos temporales, el diagnóstico de depresión y/o la presencia de altos niveles de sintomatología depresiva afectaría a la persona de manera recurrente. En este sentido, mientras más intensa es la sintomatología depresiva, existirían mayores dificultades en su funcionamiento psicosocial (47).

3.2.5. Tratamiento

El tratamiento antidepressivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos y en algunos casos específicos para los leves. Hasta el momento, la gran mayoría de los fármacos utilizados tienen un común denominador: su acción sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA). El incremento de la disponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación a la baja de los receptores postsinápticos así como su desensibilización, y estos cambios adaptativos en los receptores resultan en alteraciones en la expresión de determinados genes, incluidos factores neurotróficos como el BDNF y por ende permiten la sinaptogénesis (48, 49).

Los efectos secundarios suelen presentarse dentro de los primeros días de iniciar un fármaco debido al aumento de los neurotransmisores implicados, mientras que el efecto clínico de mejoría en los síntomas depresivos puede tardar de 2 a 4 semanas tras el inicio debido a que requiere de estos cambios adaptativos en los receptores (49).

La eficacia de los antidepressivos actuales es comparable entre ellos. Sin embargo, algunos metaanálisis favorecen discretamente al escitalopram, mirtazapina, sertralina y venlafaxina sobre otros, en cuanto a respuesta (50, 51). A pesar de lo anterior, con la evidencia actual, las guías de tratamiento sugieren que la decisión entre los distintos antidepressivos debe

basarse en las características sintomáticas del cuadro depresivo, comorbilidades, efectos secundarios, interacciones farmacológicas y disponibilidad en el medio.

El tratamiento de un primer episodio depresivo debe durar entre 6 y 12 meses posterior a la remisión de los síntomas para evitar la recurrencia (52). Dichos medicamentos tienen un mecanismo de acción antidepressiva primario, aunque en su mayoría, poseen acciones farmacológicas secundarias a través de su acción sobre distintos receptores, lo cual se ve reflejado de manera clínica tanto en efectos terapéuticos como en efectos adversos.

Los medicamentos más empleados pertenecen al grupo de los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como la Fluoxetina, los Inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN), conocidos como antidepressivos duales, entre los cuales destacan venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran; los Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND) cuyo único fármaco disponible de este grupo es el bupropión o anfebutamona. En el grupo de los Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN) destaca la reboxetina y la atomoxetina; los Agonistas de melatonina, entre otros (48).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Locales

Título: “Relación entre habilidades sociales y síntomas de depresión en internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2020.”

Autor: Chora J. (2020).

Resumen: Tuvo como objetivo relacionar habilidades sociales y síntomas de depresión en internos de Medicina del HRHD, Arequipa, 2020, la muestra de estudio fueron 104 internos y se encontró que las edades fluctuaron entre 24 y 26 años, la mayoría eran de sexo femenino (67,3%), 98,10% eran solteros, el 80,8% de universidades privadas de Arequipa, el 43,3% no tenía síntomas depresivos y el 34,6% tenía síntomas leves. En cuanto a las habilidades sociales se encontró nivel alto en la autoexpresión en situaciones sociales en 48,1%, expresión de enfado en 49%, decir no en 55,8%, las habilidades sociales con nivel

promedio son la defensa de los propios derechos (58,7%), hacer peticiones (41,3%) e iniciar interacciones (47,1%). Se encontró relación estadística significativa entre los seis factores de habilidades sociales con los síntomas de depresión. También se observó que a mayor habilidad social menor depresión, todos los que tienen habilidades sociales bajas, presentaron depresión moderada (59).

Título: “Depresión y factores sociodemográficos asociados en Internos de Medicina del Hospital III Goyeneche y Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2016.”

Autor: Carnero M. (2017).

Resumen: Tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores sociodemográficos asociados a depresión en internos de Medicina del Hospital III Goyeneche y Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2016. Estudio de corte transversal en el que se incluyó una muestra de 124 internos de medicina de los hospitales Hospital III Goyeneche y del hospital Regional Honorio Delgado, encontrando que la prevalencia de depresión en internos de medicina fue del 20.17%, siendo la depresión leve el 16.94% y la moderada de 3.23%. Las características sociodemográficas más frecuentes entre los internos con depresión fueron sexo femenino, realizar el internado en el Hospital Regional Honorio Delgado, internos de una universidad privada (UCSM), internos que viven solos e internos que procedían de otros lugares. Se encontró asociación significativa entre procedencia y depresión (RP=5.30) (60).

4.2. Nacionales

Título: “Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19.”

Autor: Sánchez H, Yarlequé L, Alva J, Nuñez E, Arenas C, Matalinares M, Gutiérrez E, Egoavil I, Solis J, Fernández C. (2021).

Resumen: Tuvo como objetivo determinar los factores asociados a ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19. La muestra fueron 1264 estudiantes universitarios de diversos departamentos del Perú, encontraron que más de la mitad de los estudiantes presentaba

entre 3 y 6 de los 6 indicadores de ansiedad, ese mismo número de indicadores de depresión lo presentó el 45% del total. El 30% presentaba entre 3 y 6 indicadores de somatización y el 40,3% tenía puntajes altos en la escala de evitación experiencial. Concluyeron que existen diferencias en los niveles de ansiedad, somatización y evitación experiencial entre varones y mujeres, además los estudiantes de mayor edad presentaban niveles más bajos de ansiedad, depresión y evitación experiencial, pero no en somatización (56).

Título: “Factores asociados a la depresión en estudiantes de Medicina de una Universidad Peruana.”

Autor: Obregón B, Montalván J, Segama E, Dámaso B, Panduro V, Arteaga K. (2020).

Resumen: Tuvo como objetivo determinar la asociación entre el estrés académico, la calidad de sueño, la funcionalidad, los factores sociodemográficos y la depresión, en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Hermilio Valdizán de Huánuco en 2018. Los participantes fueron 179 estudiantes y encontraron que el 32,97% tuvieron depresión y, entre ellos, el 22,35% tuvo depresión leve. La calidad de sueño, la funcionalidad familiar y el año de estudio se asociaron estadísticamente con la depresión. No hubo relación entre estrés académico y depresión. Las mujeres tienen 1,03 veces más riesgo para tener depresión (57).

Título: “Funcionamiento familiar en estudiantes de 2do a 5to de secundaria con y sin depresión en una institución educativa privada de Villa El Salvador.”

Autor: Quiñones L, Fernández A. (2019).

Resumen: Su objetivo fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión de los estudiantes. La muestra estuvo conformada por 316 estudiantes del nivel secundario. Se encontró que los principales factores de riesgo para la depresión desde el modelo sintomático de Beck son la pérdida de placer, la irritabilidad, la alteración del apetito, la agitación, el sentimiento de castigo y el sentimiento de culpa, se encontró además que los síntomas físicos y conductuales son los que más prevalecen en esta población. El nivel de depresión es bajo en el 24.7%, moderado en el 16.1%, alto en el 13.6% y muy alto

en el 7.0%, se encontró diferencias significativas según el sexo y la edad; un 61.4% de los estudiantes tienen familias disfuncionales y el 38.6% familias funcionales (58).

4.3. Internacionales

Título: “Síntomas de depresión, ansiedad, estrés, y consumo de drogas en estudiantes del área de la salud.”

Autor: Beneton E, Schmitt M, Andretta I. (2021).

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar si los síntomas de estrés, ansiedad, depresión, están relacionados con el uso de alcohol, tabaco y marihuana en estudiantes universitarios en el área de la salud. Participaron 111 estudiantes universitarios y encontraron que las drogas más utilizadas fueron alcohol, tabaco y marihuana, siendo el alcohol el que obtuvo la mayor puntuación. Se halló relación significativa entre el uso de drogas con síntomas de estrés y ansiedad (53).

Título: “Estrés, ansiedad y depresión en una cohorte de estudiantes de licenciatura en ciencias de la salud: la prevalencia y los factores de riesgo.”

Autor: Fauzi F, Anuar Sh, Teh K, et al. (2021).

Resumen: Su objetivo fue determinar la prevalencia, así como los factores de riesgo asociados con el trastorno de estrés, ansiedad y depresión en una cohorte de estudiantes que cursaban estudios de grado en ciencias de la salud. La muestra fue de 449 estudiantes encontrando que el 65% tenía estrés, el 85,1% ansiedad y el 51,4% depresión. La mayoría de los casos de estrés (74,6%) y depresión (66,2%) tenían un nivel de normal a leve, mientras que el 74,6% de ellos mostraban ansiedad de moderada a extremadamente severa. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre la puntuación de estrés y el año de estudio. En el análisis de regresión, la mala calidad del sueño y la fatiga fueron factores de riesgo de ansiedad y depresión, mientras que la fiebre baja y los dolores de cabeza frecuentes fueron factores de riesgo de estrés y ansiedad. Los puntajes de estrés, ansiedad y depresión fueron significativamente más altos entre los estudiantes que estudian los años superiores de las ciencias médicas, concluyen que una proporción importante de estudiantes de ciencias de la salud padece trastorno de estrés, ansiedad y depresión (54).

Título: “Relación entre la flexibilidad familiar y la presencia de depresión en médicos becarios del Hospital General de zona más Unidad de Medicina Familiar n° 1.”

Autor: García O, Álvarez A, Galván A. (2018).

Resumen: El objetivo fue determinar si existe relación entre la flexibilidad familiar y la presencia de depresión en médicos becarios de un Hospital Mexicano, evaluaron a 86 médicos becarios y encontraron predominio del 96,5% de familias urbanas. El 53,5% de familias fueron modernas y el 46,5% familias tradicionales. Se encontró depresión en el 9,3%. En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró que la mayoría de familias son relacionadas flexibles, semirrelacionadas caóticas y aglutinadas caóticas con 17% cada una. Se encontró relación significativa entre depresión y tipo de familia, pero no hubo relación entre la depresión y las otras variables (55).



5. HIPÓTESIS

Dado que la familia es la unidad básica de salud y el primer agente de socialización y ajuste emocional adecuado de sus miembros, los mismos que se desarrollan de acuerdo a las características de la funcionalidad familiar de adaptabilidad y cohesión;

Es probable que exista relación significativa entre la flexibilidad familiar en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión y el grado de sintomatología depresiva de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnicas

Se utilizó como técnica la entrevista.

1.2. Instrumentos

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson 1992). Este instrumento permitió evaluar la funcionalidad familiar, el mismo que consta de 20 reactivos que evalúan la comunicación, las jerarquías, los límites, todo lo cual configura las dimensiones de la adaptabilidad y la cohesión familiar. Para ello destina las preguntas impares para la cohesión y las preguntas pares para la adaptabilidad, este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olson en el cual clasifica a las familias según su cohesión en: No Relacionada con un valor entre 10 y 34 puntos, Semirrelacionada con un valor entre 35 y 40 puntos, Relacionada entre 41 y 45 puntos y Aglutinada entre 46 y 50 puntos y según su adaptabilidad en Rígida con un valor entre 10 a 19 puntos, Estructurada entre 20 y 24, Flexible entre 25 y 28 puntos y Caótica entre los 29 y 50 puntos. Del análisis de cada dimensión se obtuvo la clasificación de las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales. Para el presente estudio se utilizó la versión validada en el Perú por Bazo y cols en el año 2016 mediante el estudio de validez y consistencia interna concluyeron que la confiabilidad de la escala de cohesión es 0,85 y la escala de adaptabilidad es de 0,86, lo que demuestra que es un instrumento que tiene buena confiabilidad (61).

Inventario de Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory II – BDI-II): elaborado por Beck, Steer y Brown en el año 2006. El cuestionario está compuesto por 21 ítems, los cuales se puntúan en una escala Likert de 4 puntos que va del 0 al 4; excepto los ítems 16 (cambios en los hábitos de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7

puntos cada uno, ya que sirven para diferenciar entre incrementos y disminuciones en el comportamiento o motivación. La puntuación mínima y máxima de la prueba es de 0 y 63 respectivamente donde las mayores puntuaciones indican una mayor sintomatología depresiva. El baremo con el cual se establecieron los puntos de corte es el siguiente (47):

Depresión Mínima	0 – 21 puntos
Depresión Leve	22 – 42 puntos
Depresión Moderada	43 – 63 puntos

En el presente estudio se aplicó la versión validada en el estudio de D’Acunha (47) realizado en la ciudad de Lima, en el cual encontraron que la confiabilidad del instrumento es de 0,88.

Los datos acerca de las características sociodemográficas de los estudiantes fueron incluidos en una Ficha de recolección de datos al final del Inventario de Depresión de Beck II.

1.3. Estructura del instrumento

VARIABLE	INDICADOR Y SUBINDICADOR	INSTRUMENTO	ÍTEMS
Variable Independiente			
1. Flexibilidad familiar	1.1. Adaptabilidad	Cuestionario de Cohesión y Flexibilidad Familiar (FACES III)	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20
	1.2. Cohesión		1, 3, 7, 9, 13, 15, 17, 19
Variable dependiente			
2. Sintomatología depresiva	2.1. Depresión mínima	Inventario de Depresión de Beck II	1 – 21
	2.2. Depresión leve		
	2.3. Depresión moderada		
Variable Interviniente			
3. Características sociodemográficas	3.1. Edad	Ficha de recolección de datos	3.1.1. Años cumplidos

	3.2. Sexo	3.2.1. Masculino 3.2.2. Femenino
	3.3. Tiene hermanos	3.3.1. Si 3.3.2. No
	3.4. Tipo de familia	3.4.1. Nuclear 3.4.2. Extensa o compuesta 3.4.3. Monoparental 3.4.4. Monoparental extendida 3.4.5. Mixta o reconstituida 3.4.6. Sin núcleo conyugal

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en la Universidad Católica de Santa María, en el distrito, provincia y departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

El estudio fue realizado durante los meses de abril y junio del año 2021.

2.3. Unidades de estudio

El universo estuvo conformado por los estudiantes de séptimo año de la Carrera Profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, los que suman 141 estudiantes. No se trabajó con muestra sino con el total de estudiantes de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de Medicina Humana, sin límite de edad y de ambos sexos que se encontraban matriculados en el séptimo año de la carrera.
- Estudiantes que aceptaron participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no desearon participar en la investigación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Luego de que los jurados dictaminadores dieron su aprobación del Proyecto de tesis, se solicitó al Decano de la Facultad de Medicina Humana, se otorgue la autorización respectiva para desarrollar el estudio.
- Se coordinó en la secretaria de la Escuela para que se me brinde la relación de estudiantes, los mismos que fueron localizados tanto de forma presencial como por medios virtuales debido a la coyuntura impuesta por la pandemia, y se les explicó el propósito de la investigación, luego de lo cual, a los estudiantes que aceptaron participar se les aplicó los instrumentos de recolección de datos.
- Una vez que se culminó la aplicación de las encuestas a todos los estudiantes, se realizó el análisis estadístico y el informe final de la investigación.

3.2. Recursos

Humanos:

La investigadora: Srta. Pamela Zaravia Peralta.

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Tutor: Md. Maribel Chuquipalla Zamalloa

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Materiales:

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, software estadístico, teléfono celular.

Financieros:

Autofinanciamiento.

3.4. Validación del instrumento

Los dos instrumentos que se emplearon en el presente estudio, son instrumentos validados en estudios peruanos, como se ha señalado en la sección de instrumentos.

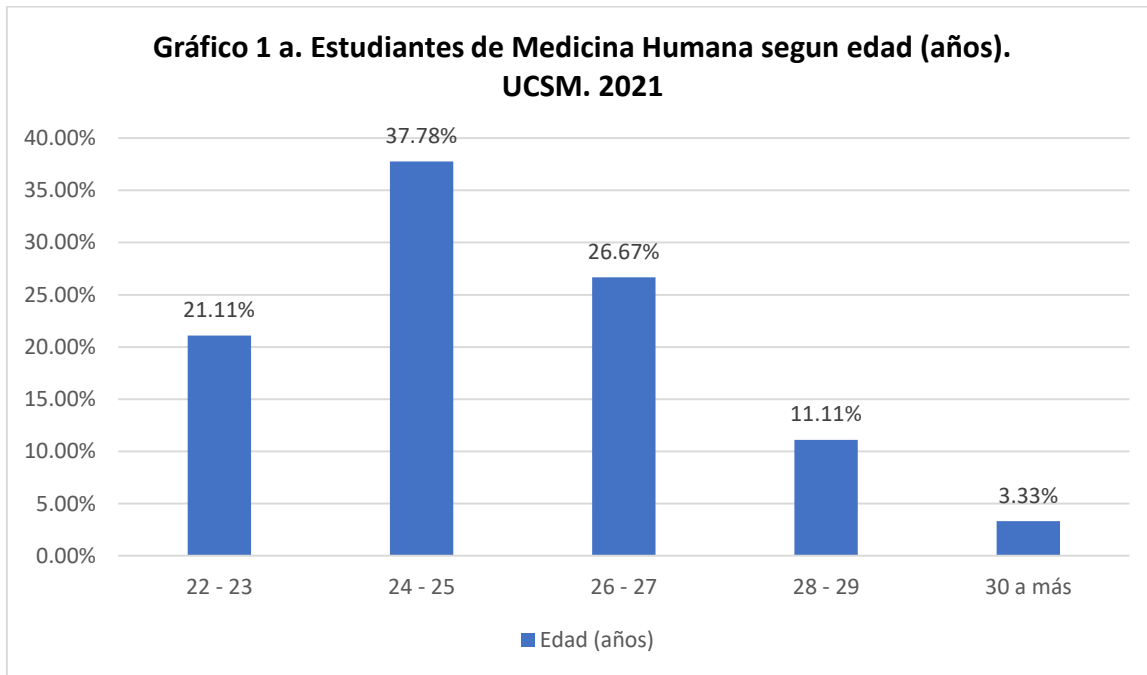
3.5. Criterios para el manejo de los resultados

Una vez obtenidos los datos se elaboró la matriz de sistematización en Excel v. 10.0 y posteriormente se efectuó el análisis estadístico, que consistió en la aplicación de estadística de tendencia central para las variables cuantitativas, para establecer la relación entre las variables se aplicó la Prueba de Chi cuadrado. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.



**ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.**

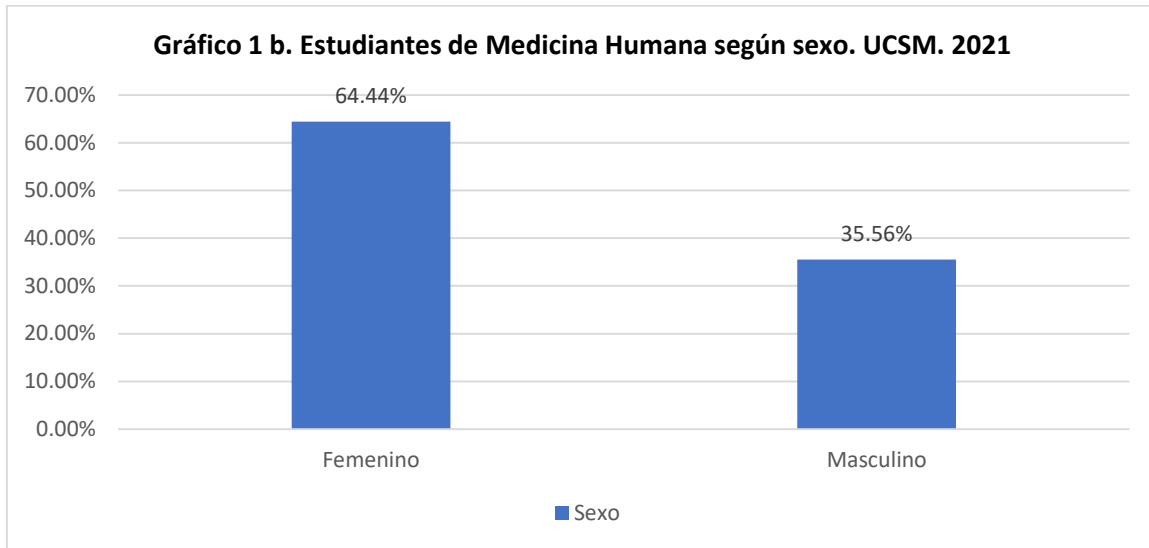
2021



Elaboración propia

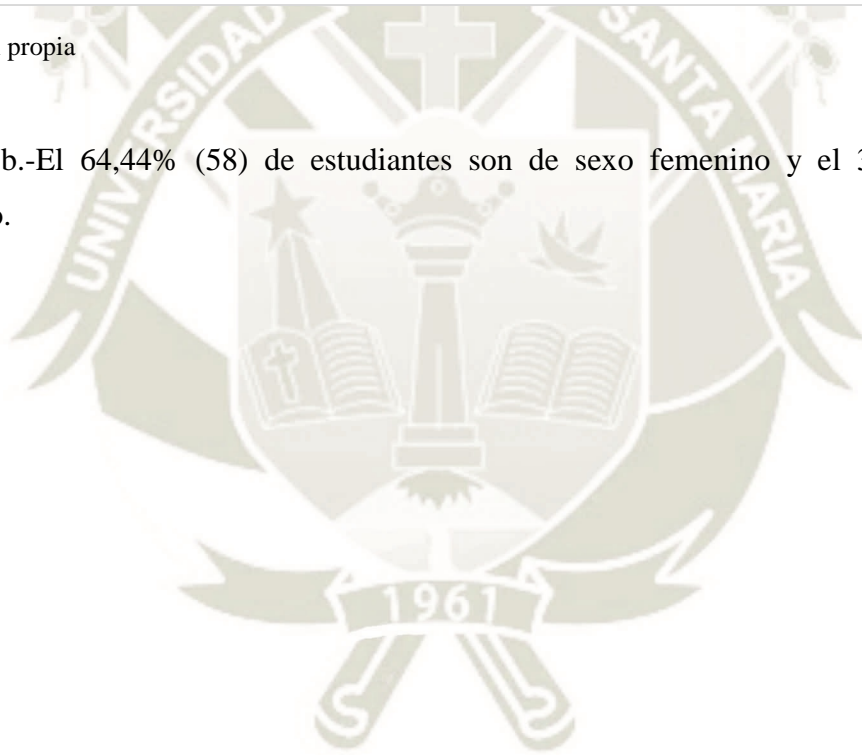
La edad promedio fue de 25 años, la edad mínima de 22 y la máxima de 47 años.

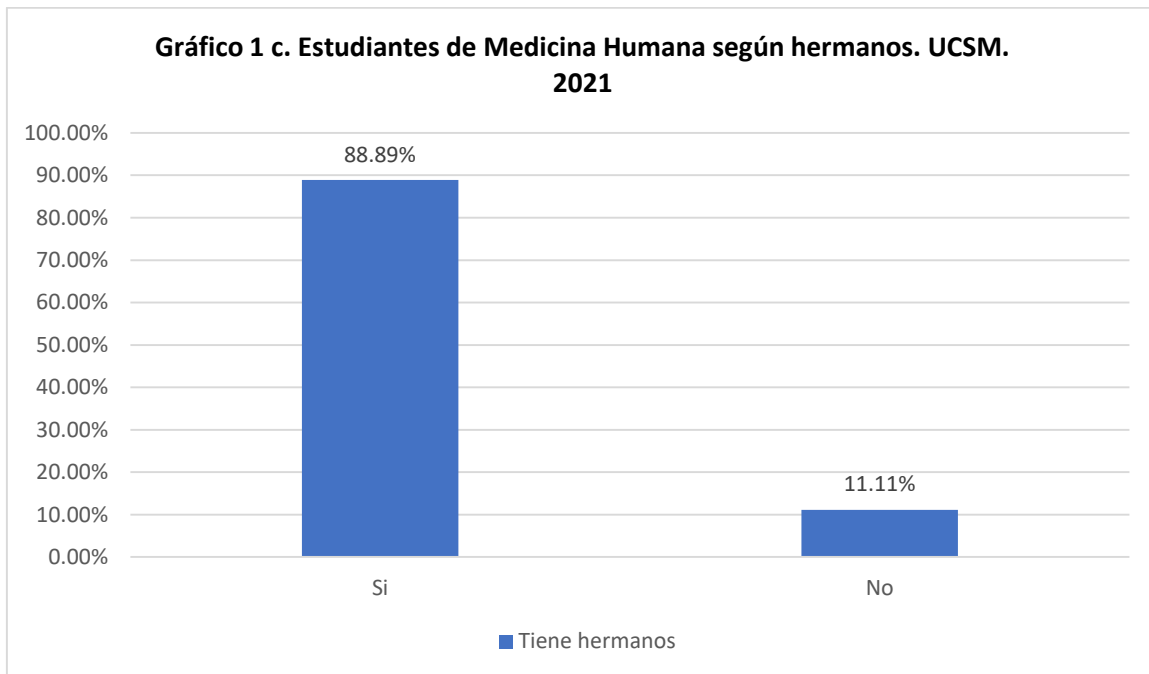
Gráfico 1a.- Las edades de los estudiantes están comprendidas en el 37,78% (34) de casos entre los 24 a 25 años, el 26,67% (24) tiene de 26 a 27 años, el 21,11% ((19) de 22 – 23 años, el 11,11% (10) de 28 a 29 años y el 3,33% (3) de 30 años a más.



Elaboración propia

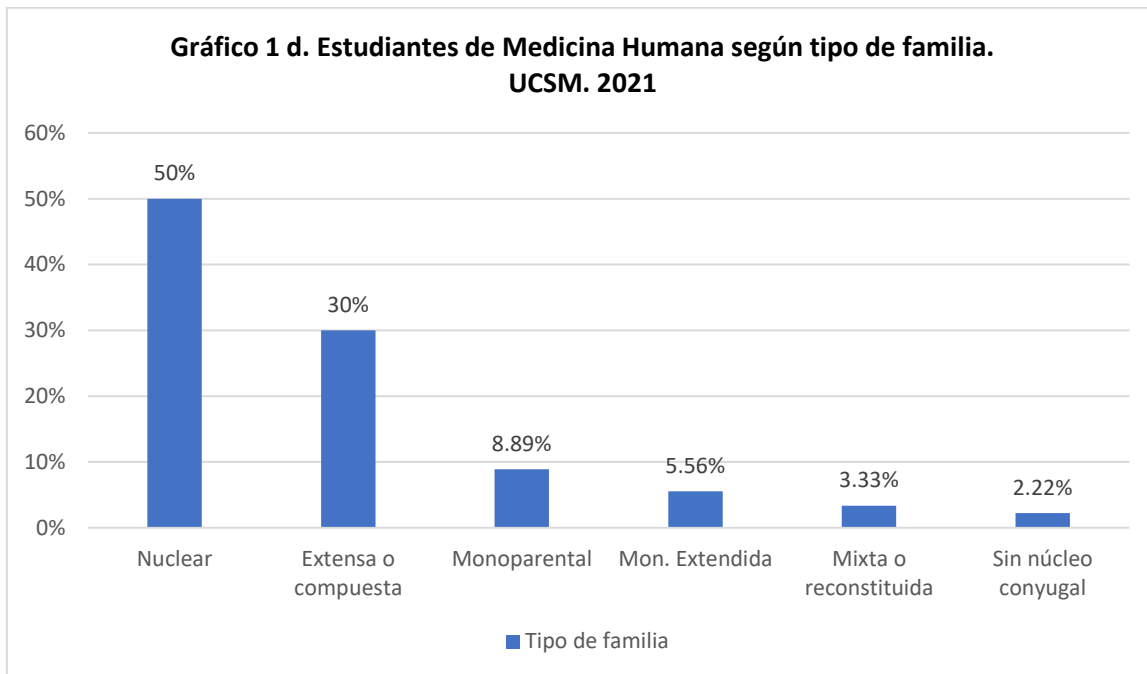
Gráfico 1b.-El 64,44% (58) de estudiantes son de sexo femenino y el 35,56% (32) masculino.





Elaboración propia

Gráfico 1c.-Un 88,89% (90) de estudiantes señalaron que sí tienen hermanos y el 11,11% (10) no los tiene.

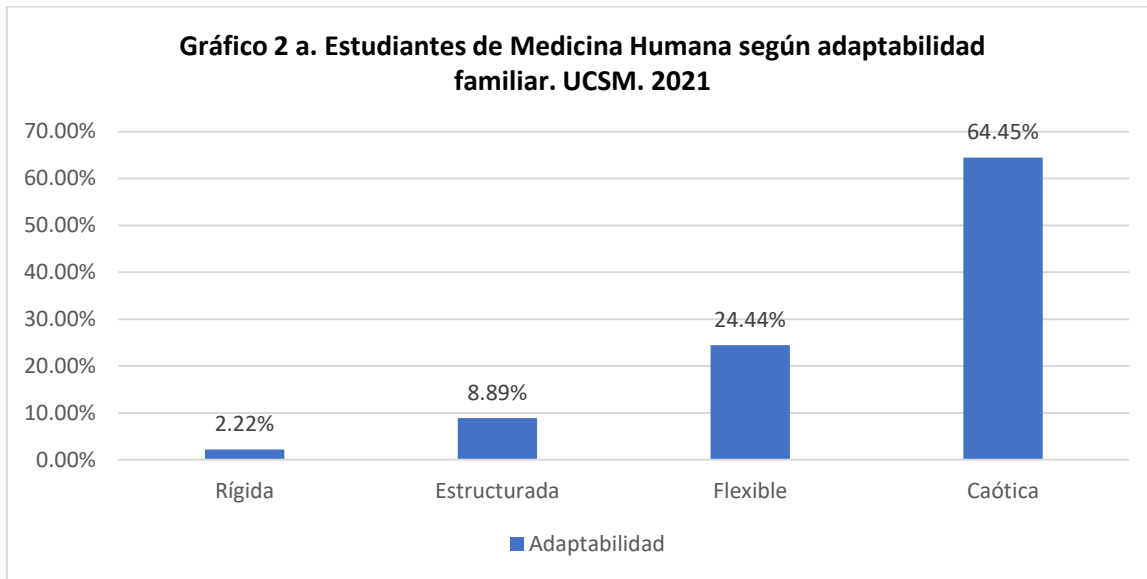


Elaboración propia

Gráfico 1d.-En cuanto al tipo de familia, la nuclear representa al 50% (45), las familias extensas o compuestas al 30% (27), la monoparental al 8,89% (8), la monoparental extendida al 5,56% (5), las familias mixtas o reconstituidas el 3,33% (3) y las familias sin núcleo conyugal al 2,22% (2).

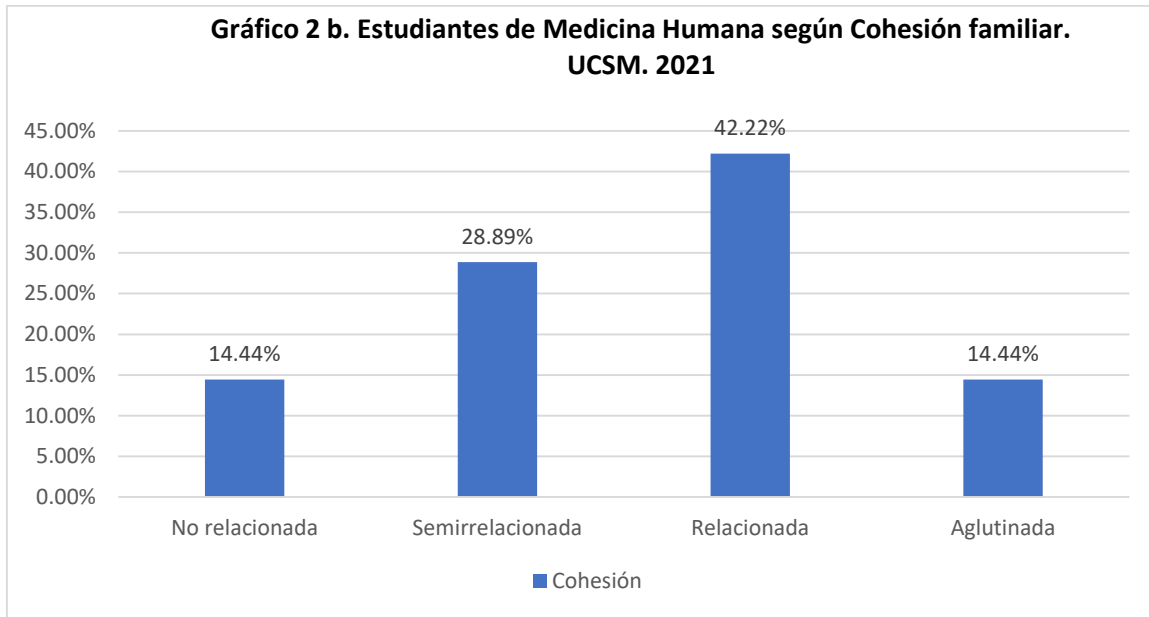
ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA SEGÚN DIMENSIONES DE LA FLEXIBILIDAD FAMILIAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.

2021



Elaboración propia

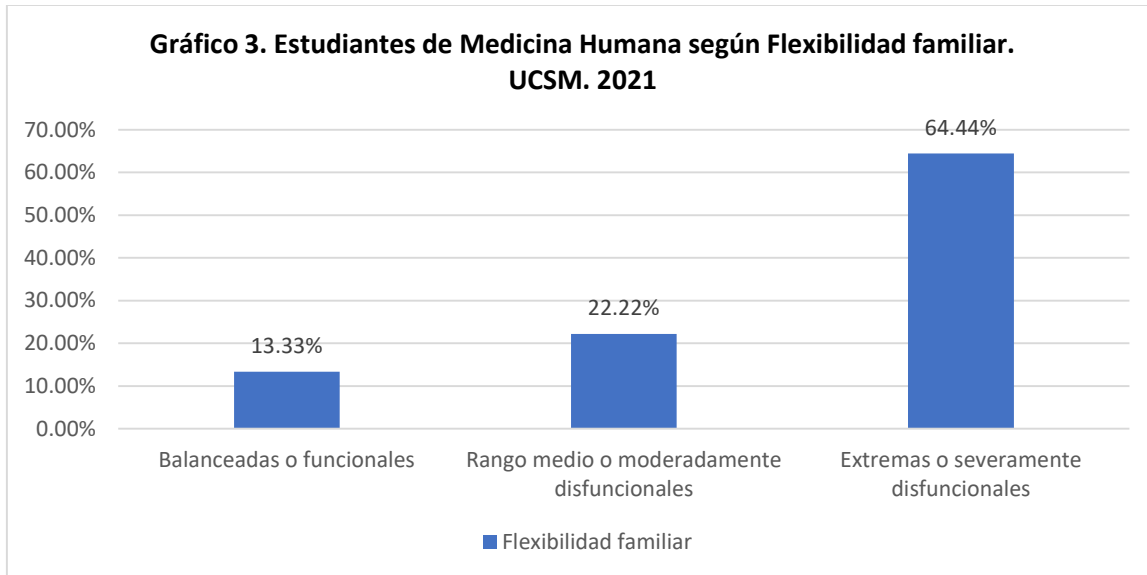
Gráfico 2a.- Evaluando la adaptabilidad familiar, se encontró que el 64,45% (58) de familias son caóticas, el 24,44% (22) flexibles, estructuradas el 8,89% (8) y rígidas el 2,22% (2).



Elaboración propia

Gráfico 2b.- Las familias según la cohesión, son relacionadas en 42,22% (38), semirrelacionadas en 28,89% (26) y no relacionadas y aglutinadas en 14,44% (13) cada una.

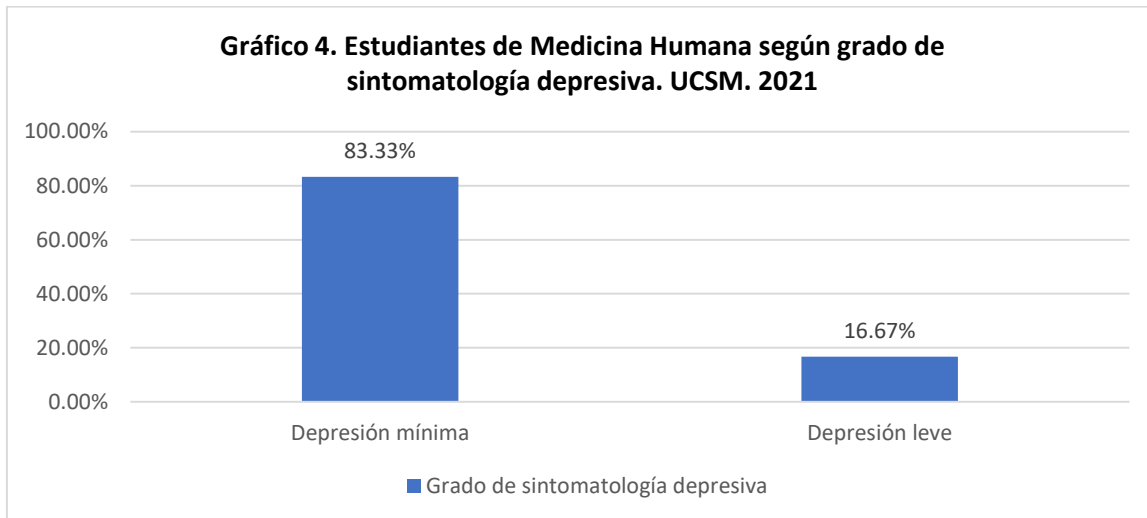
ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA SEGÚN FLEXIBILIDAD FAMILIAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA. 2021



Elaboración propia

Gráfico 3.- El 64,44% (58) de familias de los estudiantes de Medicina son extremas o severamente disfuncionales, el 22,22% (20) son de rango medio o moderadamente disfuncionales y el 13,33% (12) son balanceadas o funcionales.

**ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA SEGÚN GRADO DE
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARÍA. 2021**



Elaboración propia

Gráfico 4.- Se observa que el 83,33% (75) de estudiantes presentan depresión mínima y el 16,67% (15) depresión leve. Ningún estudiante presentó depresión moderada.

TABLA 1
RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN
CON EL GRADO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE LOS
ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARÍA. 2021

ADAPTABILIDAD	GRADO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				TOTAL	
	Depresión Mínima		Depresión Leve			
	F	%	F	%	F	%
Rígida	2	100,00	0	0,00	2	100,00
Estructurada	8	100,00	0	0,00	8	100,00
Flexible	21	95,45	1	4,55	22	100,00
Caótica	44	75,86	14	24,14	58	100,00
X² = 24,3953 p= 0,011						
COHESIÓN	GRADO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				TOTAL	
	Depresión mínima		Depresión leve			
No relacionada	13	100,00	0	0,00	13	100,00
Semirrelacionada	25	96,15	1	3,85	26	100,00
Relacionada	37	97,37	1	2,63	38	100,00
Aglutinada	0	0,00	13	100,00	13	100,00
X² = 29,2500 p= 0,022						

Elaboración propia

Se observa en la tabla que, según Resultados de la Prueba de Chi cuadrado, la adaptabilidad familiar se relaciona de forma significativa con el grado de sintomatología depresiva de los estudiantes de Medicina, siendo la depresión leve más frecuente en los estudiantes con familias caóticas.

La cohesión familiar también tiene relación significativa con el grado de sintomatología depresiva de los estudiantes de Medicina, puesto que la Prueba de Chi cuadrado demuestra que el 100% de estudiantes con depresión leve presentan familias aglutinadas.

DISCUSIÓN

Respecto a las características sociodemográficas de los estudiantes se observó que las edades más frecuentes de los mismos son de 24 a 25 años en 37,78%, el 26,67% de 26 a 27 años, el 21,11% de 22 a 23 años; el 14,44% de estudiantes tienen edades desde 28 años a más, siendo la edad máxima 47 años y el promedio 25 años. El sexo femenino representa al 64,44% de estudiantes y el 35,56% al masculino. El 88,89% de estudiantes refiere que si tiene hermanos y el 11,11% no los tiene. El tipo de familia es nuclear en 50%, extensa o compuesta en 30%. El 14,45% de estudiantes tienen familias monoparentales, el 3,33% mixtas o reconstituidas y el 2,22% familias sin núcleo conyugal.

En el estudio de Chora (59), se encontraron resultados similares con nuestro estudio, en cuanto a la edad y sexo de los estudiantes, puesto que hallaron que la mayoría de los estudiantes tenían entre 24 y 26 años, además reportaron que el 67,3% eran de sexo femenino, cifra muy similar a la encontrada en nuestro estudio. De igual modo, en el estudio de Carnero (60), también encontraron edades comprendidas entre los 24 y 25 años y de sexo femenino. En cuanto al tipo de familia, el estudio de García, Álvarez y Galván (55), reportaron que el 53,5% de familias fueron modernas y el 46,5% familias tradicionales, resultados que también se asemejan a los hallazgos del presente estudio.

En los gráficos 2a y 2b se observó que, según la adaptabilidad de las familias de los estudiantes, el 64,45% son caóticas, 24,44% flexibles, 8,89% estructuradas y el 2,22% rígidas. Según la cohesión familiar, el 42,22% son familias relacionadas el 28,89% semirrelacionadas, y porcentajes similares del 14,44% son familias no relacionadas y aglutinadas.

En función a los resultados de los gráficos 2a y 2b; el gráfico 3 permite apreciar que, el 64,44% de familias son extremas o severamente disfuncionales, el 22,22% son familias de rango medio o moderadamente disfuncionales y el 13,33% son balanceadas balanceadas o funcionales.

En el estudio de García, Álvarez y Galván (55), reportaron que la mayoría de familias son relacionadas flexibles, semirrelacionadas caóticas y aglutinadas caóticas con 17% cada

una. Por su parte en el estudio de García y Quiñones (58), encontraron que en las familias de los estudiantes predominan las familias disfuncionales en 61,4%.

Al respecto se puede comentar, que en los últimos años, se aprecia en la sociedad el cambio en la composición familiar, con menor frecuencia de familias denominadas tradicionales que incluyen a las familias nucleares y compuestas, y un incremento de familias no tradicionales que incluyen a las familias monoparentales, las familias mixtas o reconstituidas y a las que no tienen núcleo conyugal, lo que muchas veces es resultado de los conflictos familiares y disfuncionalidad familiar que conlleva al aumento de las separaciones o divorcios.

Respecto a la frecuencia de manifestaciones depresivas, el gráfico 4, muestra que el 83,33% de estudiantes presentan depresión mínima y el 16,67% depresión leve, en ningún caso se presentó de presión moderada.

En el estudio de Fauzi, Anuar, Tek et al (54), encontraron que el 66,20% de estudiantes de ciencias de la salud presentaba depresión en nivel mínimo; mientras que en el estudio de García, Álvarez y Galván (55), encontraron depresión sólo en el 9,3% de médicos becarios; a nivel nacional, en el estudio de Sánchez y cols (56), reportaron que el 45% de estudiantes universitarios presentaba depresión, destacando las manifestaciones de somatización y evitación experiencial. Mientras que en el estudio de Obregón y cols (57), encontraron que el 32,97% de estudiantes de Medicina presentaba depresión, siendo leve en el 22,35% de casos. Resultados similares encuentran Quiñones y Fernández (58), reportando que el nivel de depresión es bajo en el 24.7%, moderado en el 16.1%, alto en el 13.6% y muy alto en el 7.0%, encontraron también que el 61,4% de estudiantes tienen familias disfuncionales.

La tabla 1 muestra que existe relación significativa entre la adaptabilidad y cohesión familiar con el grado de manifestaciones depresivas de los estudiantes, en el primer caso, la mayoría de estudiantes con depresión leve proceden de familias caóticas ($p= 0,022$), mientras que el 100% de estudiantes cuya cohesión familiar es aglutinada presenta depresión leve ($p = 0,022$).

Nuestros resultados concuerdan con casi todos los antecedentes investigativos, por ejemplo, en el estudio de García y cols (55), encontraron relación significativa entre la

depresión y el tipo de familia y el funcionamiento familiar. De manera similar en el estudio de Obregón y cols (57), hallaron que la calidad del sueño, la funcionalidad familiar y el año de estudios se relacionaron estadísticamente con la depresión de los estudiantes de Medicina. En el estudio de Quiñones y Fernández (58), reportaron que la depresión era significativamente más frecuente en los estudiantes que tenían familias disfuncionales. En el estudio de Chora (59), encontraron que la depresión se asociaba de forma significativa a las bajas habilidades sociales, mientras que, en los estudiantes con habilidades sociales altas, la depresión era menor.

Un estudio reciente menciona que la depresión en los jóvenes, se puede explicar en gran medida por la exposición de los mismos a los conflictos familiares hostiles y frecuentes, que no son congruentes y que son característicos en familias cuyos estilos de crianza son autoritarios, esto conlleva o propicia que los jóvenes presenten diversos desajustes emocionales y cognitivos que conllevan al desarrollo de la depresión, parece ser que esta relación se debe a que la construcción de la personalidad de los jóvenes se relaciona estrechamente con los modelos parentales de crianza y educación, y es por ello que en las familias donde la cohesión familiar es alta se encuentra correlación negativa moderada con la depresión (62), Otro estudio confirma que existe correlación negativa en familias con adecuada cohesión familiar y el nivel de sintomatología depresiva de sus miembros (63).

En base a los resultados obtenidos en nuestro estudio y en base al análisis de los antecedentes y la literatura, es posible afirmar que el contexto en el que se desarrolla la vida familiar tiene una influencia significativa muy importante en la vida de los integrantes de la familia, pero esta influencia es más importante aún en etapas críticas de desarrollo como es la adolescencia y la juventud, porque interviene en la manera como las personas van adquiriendo la capacidad de enfrentar las diversas situaciones que se presentan en la vida cotidiana. La familia es un grupo de personas cuyas relaciones se producen de forma muy dinámica y flexible, además se encuentra en constante transformación, esto implica que es necesario que el desarrollo de las capacidades de adaptación a todas estas diferentes situaciones, se pueda realizar de forma saludable, porque sin lugar a duda, tienen influencia en el contexto externo y también en los cambios inherentes a cada familia.

Es por ello, que a partir de nuestros resultados también se puede afirmar que la mayoría de los estudiantes que participaron en el presente estudio no tienen una adecuada red de apoyo en su funcionamiento familiar, porque hemos encontrado que la característica común de las familias es la falta de cohesión, lo cual, va afectar el desarrollo de los estudiantes en diferentes aspectos psicosociales y en las habilidades blandas, las que han sido consideradas como factores de protección frente a la depresión e incluso al desarrollo de algún tipo de conductas autodestructivas. Por ello, es preciso recordar que la familia es el primer y más importante factor de protección con que cuenta el ser humano y que cuando las relaciones familiares no son adecuadas en cuanto a la cohesión y adaptabilidad familiar, deja de ser un factor de protección para convertirse en un factor de riesgo que da lugar al inicio de patologías como la depresión, ansiedad, enfermedades por somatización, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco y drogas, conductas suicidas, entre muchos otros problemas, es por ello que en nuestro estudio se ha podido comprobar la hipótesis planteada, la misma que también tiene sustento en la literatura que demuestra que la funcionalidad familiar está estrechamente relacionada con la sintomatología depresiva en los estudiantes.

CONCLUSIONES

PRIMERA

En el presente estudio, se ha encontrado que existe relación estadísticamente significativa entre la flexibilidad familiar en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión y el grado de sintomatología depresiva de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

SEGUNDA

La flexibilidad familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, en la dimensión de adaptabilidad es caótica en el 64,45% de casos; la cohesión familiar es relacionada en el 42,22%; de manera general, la flexibilidad familiar es extrema o severamente disfuncional en el 64,44%.

TERCERA

Las características y el grado de sintomatología depresiva de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María son de depresión mínima en el 83,33%.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

A la Dirección de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, se sugiere que tenga en cuenta los resultados de la presente investigación, a efectos de que en coordinación con la Oficina de Tutoría y Bienestar estudiantil, así como con los docentes de la cátedra de Psiquiatría se pueda abordar esta problemática de los estudiantes y realizar actividades de orientación a nivel personal y familiar mediante charlas, entrevistas a los estudiantes u otras estrategias que promuevan la mejora de la flexibilidad familiar y de la depresión.

SEGUNDA

A la Dirección de la Facultad de Medicina Humana, se sugiere, que debido a que se ha encontrado en los estudiantes de séptimo año, alta frecuencia de depresión, y estando próximos a iniciar el internado médico, sería recomendable, que con la colaboración de los docentes de Psiquiatría se realicen entrevistas virtuales con cada estudiante para poder evaluar de forma más personalizada la depresión y poder identificar los casos que requieran manejo médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres LP, Esquinca JL, García A, Platas E, Rodríguez DM, Zamora MA, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Evidencias y recomendaciones. Actualización. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015.
2. Palmer Y, Prince R, Medina MCR, López DA. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Inv Ed Med.* 2017; 6: 75-9.
3. Phinder ME, Sánchez A, Romero F, Vizcarra J, Sánchez EA. Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de Medicina de primer semestre, sus padres y sus maestros. *Inv Ed Med.* 2014; 3: 139-46.
4. Suárez M, Díaz M, Sánchez M, Fernández E, Carrillo T, Guasch T. Caracterización de la salud familiar en estudiantes de Medicina. *Revista Médica Electrónica.* 2015; 37(2), 121-129.
5. Villarreal D, Paz A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones.* 2017; 5(2), 21 - 64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.158>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Capítulo 6: Características del Hogar. Lima, 2018. Obtenido de: <https://www.inei.gob.pe>.
7. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Salud del Adolescente. Ministerio de Salud. Lima. 2016.
8. Bautista L, Arias M, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. 2016. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index>.
9. Díaz L. Mejorando la comunicación familiar, disminuyendo los conflictos. Universidad de Málaga. España. 2017.
10. Estremero J, Gacia X. Familia y ciclo vital familiar. En: Familia en los tiempos actuales. México: Ateneo. 2016.
11. Oliva E, Villa, V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris.* 2014; 1692-8571, Vol. 10. N° 1. 11-20.

12. Seperak R. Los tipos de familia y su importancia. Tipos de Familia y Bienestar en Niños y Adultos. Universidad Católica San Pablo. Rev. Psicol. (Arequipa. Univ. Catól. San Pablo). 2016; 6 (2): 123-126.
13. Mesa M. Cambios en la estructura y en la función familiar de los adolescentes en los últimos 16 años (1997-2013) y su relación con el apoyo social. España. 2017. [Tesis Universidad de Huelva]. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream>
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Resultados del Censo de Población y Demografía, 2017. Capítulo 6: Características del Hogar. Lima, 2018.
15. Singueza W, Bunay R. Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo Circumplejo de Olson. Ecuador, 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326144248_
16. Chomalí C, Espinosa C, Galdames M, Marín L. La Depresión Menor: ¿Es un concepto menor? Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2015; XXIV (1): 23-33. Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina.
17. Asociación Americana de Psiquiatría. Recommended changes in 'depressive disorder not otherwise specified' (code 311). 2010. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Documents/Mood%20Disorders%20Work%20Group/Subdividing>
18. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su versión en español (DSM-5). Editorial Médica Panamericana. 2014.
19. Organización Mundial de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones de salud mundial. Organización Mundial de la Salud; 2017.
20. Toro R, Yepes L, Palacio C. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. 5ta ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. 2013.
21. American Psychiatry Association. DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales. 3 ra. ed. Washington, DC: APA, 1994.
22. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. Una revisión sistemática de los estudios de la prevalencia de la depresión en estudiantes universitarios. J Psychiatr Res. 2013; 47 (3): 391-400.

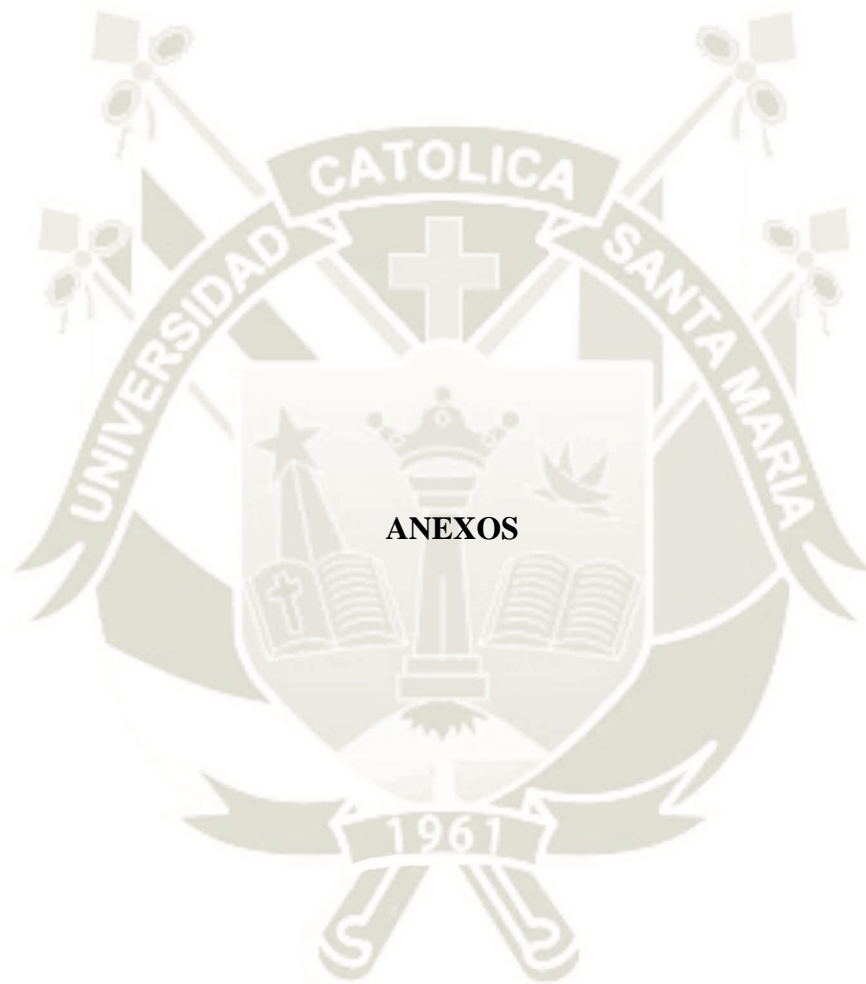
23. Hammar Å, Årdal G. Funcionamiento cognitivo en la depresión mayor: un resumen. *Frente Hum Neurosci.* 2009; 25 (3): 26.
24. Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Shafie S, Chua BY, Sambasivam R, Zhang YJ, Shahwan S, Chang S, Chua HC, Verma S. Seguimiento de la salud mental de una nación: prevalencia y correlatos de los trastornos mentales en el segundo Estudio de salud mental de Singapur. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020; 29.
25. Sosa C. Depresión. 2020. Disponible en: <http://www.bvs.hn/UICFCM/Depresion/>
26. Yun S, Reynolds RP, Masiulis I, Eisch AJ. Reevaluación del vínculo entre los trastornos neuropsiquiátricos y la neurogénesis adulta desregulada. *Nat. Medicina.* 2016, 22: 1239–1247.
27. Song J, Olsen RH, Sun J, Ming G, Song H. Mecanismos de circuitos neuronales que regulan la neurogénesis de mamíferos adultos. *Perspect. Biol.* 2016; 8 (1): 18–37.
28. Yun S, Reynolds RP, Petrof I, White A, Rivera PD, Segev A, Gibson AD, Suárez M, DeSalle MJ, Ito N. La estimulación de los circuitos de la corteza entorrinal-circunvolución dentada es antidepresiva. *Nat. Medicina.* 2018; 24: 658–666.
29. Kim Bin, Seon Ch. Neural Circuitry-Neurogenesis Coupling Model of Depression. *Int J Mol Sci.* 2021; 22(5). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-33671109>
30. Wang H, Warner-Schmidt J, Varela S, Enikolopov G, Greengard P, Flajolet M. La ablación de Norbin da como resultado una neurogénesis hipocampal adulta defectuosa y un comportamiento depresivo en ratones. *Proc. Natl. Acad. Sci. EE. UU.* 2015; 112: 9745–9750.
31. Zhang J, He H, Qiao Y, Zhou T, He L, Yi S, Zhang L, Mo L, Li Y, Jiang W. El cebado de la microglía con IFN- γ altera la neurogénesis del hipocampo del adulto y conduce a comportamientos similares a la depresión y defectos cognitivos. *Glia* 2020; 68, 2674–2692.
32. Fang J, Demic S, Cheng S. La reducción de la neurogénesis adulta en la depresión dificulta la recuperación de la memoria episódica nueva y remota. *PLoS ONE* 2018; 13:0198406.

33. Déry N, Pilgrim M, Gibala M, Gillen J, Wojtowicz JM, MacQueen G, Becker S. La neurogénesis del hipocampo en adultos reduce la interferencia de la memoria en humanos: efectos opuestos del ejercicio aeróbico y la depresión. *Rev. Avanc. Neurosci.* 2013, 7: 66.
34. Reagh ZM, Nighth JA, Tustison NJ, Delisle D, Murray EA, Yassa MA. El desequilibrio funcional de la corteza entorrinal anterolateral y el hipocampo dentado / CA3 subyace a los déficits de separación de patrones de objetos relacionados con la edad. *Neuron* 2018; 97: 1187–1198.e1184.
35. Tang M, Lin J, Pan Y, Guan T, Li C. Disfunción de la neurogénesis del hipocampo relacionada con comportamientos depresivos en un modelo de depresión inducido por neuroinflamación. *Physiol. Behav.* 2016; 161: 166-173.
36. Vialou V, Feng J, Robison AJ, Nestler EJ. Epigenetic mechanisms of depression and antidepressant action. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2013;53:59-87.
37. Tsankova NM, Berton O, Renthal W, Kumar A et al. Sustained hippocampal chromatin regulation in a mouse model of depression and antidepressant action. *Nature Neurosci* 2006;9:519-525.
38. Covington HE III, Maze I, LaPlant QC, Vialou VF et al. Antidepressant actions of histone deacetylase inhibitors. *J Neurosci* 2009;29:11451-11460.
39. Wilkinson MB, Xiao G, Kumar A, LaPlant Q, Renthal W et al. Imipramine treatment and resiliency exhibit similar chromatin regulation in the mouse nucleus accumbens in depression models. *J Neurosci* 2009;29:7820-7832.
40. Uchida S, Hara K, Kobayashi A, Otsuki K et al. Epigenetic status of Gdnf in ventral striatum determines susceptibility and adaptation to daily stressful events. *Neuron* 2011;69:359-372.
41. Pechnick RN, Zonis S, Wawrowsky K, Pourmorady J et al. p21Cip1 restricts neuronal proliferation in the subgranular zone of the dentate gyrus of the hippocampus. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008;105:1358-1363.
42. David DJ, Samuels BA, Rainer Q, Wang J-W et al. Neurogenesis-dependent and -independent effects of fluoxetine in an animal model of anxiety/depression. *Neuron* 2009;62:479-493.

43. Svenningsson P, Cherguri K, Rachleff I, Flajolet M et al. Alterations in 5-HT1B receptor function by p11 in depression-like states. *Science* 2006;311:77-80.
44. Warner-Schmidt JL, Vanover KE, Chen EY, Marshall JJ et al. Antidepressant effects of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are attenuated by antiinflammatory drugs in mice and humans. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011;108:9262-9267. [Links]
45. Müller N, Schwarz MJ, Dehning S, Douhe A et al. The cyclooxygenase-2 inhibitor celecoxib has therapeutic effects in major depression: results of a double-blind, randomized, placebo controlled, add-on pilot study to reboxetine. *Mol Psychiatry* 2006;11:680-684.
46. Organización Mundial de la Salud. (2018a). Depresión. Nota descriptiva. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
47. D´ Acunha D. Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico. [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, 2019.
48. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2017; 60 (5): 7 – 16.
49. Stahl SM. *Stahl’s Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. New York, United States of America: Cambridge University Press; 2013.
50. Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2011;155(11):772-85.
51. Linde K, Kriston L, Rucker G, et al. Efficacy and acceptability of pharmacological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and network meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2015;13(1):69-79.
52. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of

- Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540-60.
53. Beneton E, Schmitt M, Andretta I. Síntomas de depresión, ansiedad, estrés, y consumo de drogas en estudiantes del área de la salud. *Rev. SPAGESP*. 2021; 22(1): 145-159. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1155520>
54. Fauzi F, Anuar Sh, Teh K, et al. Stress, Anxiety and Depression among a Cohort of Health Sciences Undergraduate Students: The Prevalence and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(6). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-33809939>
55. García O, Álvarez A, Galván A. Relación entre la flexibilidad familiar y la presencia de depresión en médicos becarios del Hospital General de zona más Unidad de Medicina Familiar nº 1. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Ergon Creación, S.A. México, 2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.016>
56. Sánchez H, Yarlequé L, Alva J, Nuñez E, Arenas C, Matalinares M, Gutiérrez E, Egoavil I, Solis J, Fernández C. Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19. *Rev. Fac. Med. Hum*. 2021; 21(2): 346-353. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1179291>
57. Obregón B, Montalván J, Segama E, Dámaso B, Panduro V, Arteaga K. Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Educ. med. Super*. 2020; 34(2): e1881. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1124684>
58. Quiñones L, Fernández A. Funcionamiento familiar en estudiantes de 2do a 5to de secundaria con y sin depresión en una institución educativa privada de Villa El Salvador. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología]. Universidad Autónoma del Perú. Lima, 2019.
59. Chora J. Relación entre habilidades sociales y síntomas de depresión en internos de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2020. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Católica

- de Santa María. Arequipa, 2020. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/289293534.pdf>
60. Carnero M. Depresión y factores sociodemográficos asociados en Internos de Medicina del Hospital III Goyeneche y Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2016. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2017. Disponible en:
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6109>
61. Bazo JC, Bazo OA, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett M. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev. perú. med. exp. salud publica.* 2016; 33(3): 462-470. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_
62. Olivera N, Rivera G, Gutiérrez-Trejejo M, Méndez J. Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular "Gran Amauta de Motupe" Lima, 2018. *Rev. Estomatol. Herediana.* 2019; 29 (3): 189-195. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?>
63. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la IE Zarumilla-Tumbes, 2013. *Ciencia y desarrollo.* 2016; 17(1): 47-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21503/CienciayDesarrollo.v17i1.06>



ANEXO 1

ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

(FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson 1992)

Instrucciones: Por favor, escriba en el espacio que correspondiente a cada pregunta, la respuesta que elija según el número indicado.

Nº	Item	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar.					

Puntaje: Adaptabilidad..... Cohesión..... Total.....

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (Elaborado por Beck, Steer y Brown)

Instrucciones: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. Y luego señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, INCLUIDO EL DIA DE HOY, no hay respuestas buenas o malas. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad.

<p>1. TRISTEZA</p> <p>0 () No me siento triste.</p> <p>1 () Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 () Estoy triste todo el tiempo</p> <p>3 () Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo Soportarlo</p>	<p>8. AUTOCRÍTICA</p> <p>0 () No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 () Estoy más crítico conmigo mismo que antes.</p> <p>2 () Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 () Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>2. PESIMISMO</p> <p>0 () No me siento desanimado respecto a mi futuro.</p> <p>1 () Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.</p> <p>2 () No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 () Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.</p>	<p>9. PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS</p> <p>0 () No pienso en matarme.</p> <p>1 () He pensado en matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 () Desearía matarme.</p> <p>3 () Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo</p>
<p>3. FRACASO</p> <p>0 () No me siento como un fracasado.</p> <p>1 () He fracasado más de debido.</p> <p>2 () Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 () Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p>10. LLANTO</p> <p>0 () No lloro más de lo usual.</p> <p>1 () Lloro más que antes.</p> <p>2 () Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 () Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>
<p>4. PÉRDIDA DE PLACER</p> <p>0 () Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.</p> <p>1 () No disfruto tanto de las cosas como antes.</p> <p>2 () Obtengo muy poco placer de las cosas.</p> <p>3 () No puedo obtener ningún placer de las cosas.</p>	<p>11. AGITACIÓN</p> <p>0 () No estoy más inquieto o tenso que antes.</p> <p>1 () Me siento más inquieto o tenso que antes.</p> <p>2 () Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.</p> <p>3 () Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>
<p>5. SENTIMIENTOS DE CULPA</p> <p>0 () No me siento culpable.</p> <p>1 () Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 () Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 () Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>12. PÉRDIDA DE INTERÉS</p> <p>0 () No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 () Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 () He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 () Me es difícil interesarme por algo.</p>
<p>6. SENTIMIENTOS DE CASTIGO</p> <p>0 () No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 () Creo que tal vez estoy siendo castigado.</p> <p>2 () Espero ser castigado.</p> <p>3 () Siento que estoy siendo castigado.</p>	<p>13. INDECISIÓN</p> <p>0 () Tomo decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 () Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 () Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 () Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>
<p>7. DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO</p> <p>0 () Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.</p> <p>1 () He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 () Estoy decepcionado de mí mismo.</p> <p>3 () No me gusto a mí mismo.</p>	<p>14. DESVALORIZACIÓN</p> <p>0 () Siento que soy valioso.</p> <p>1 () No me considero tan valioso y útil como antes.</p> <p>2 () Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.</p> <p>3 () Siento que no valgo nada.</p>

<p>15. PÉRDIDA DE ENERGÍA 0 () Tengo tanta energía como siempre. 1 () Tengo menos energía que antes. 2 () No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas. 3 () No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	
<p>16. CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE SUEÑO 0 () No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a () Duermo un poco más que lo habitual. 1b () Duermo un poco menos que lo habitual. 2a () Duermo mucho más que lo habitual. 2b () Duermo mucho menos que lo habitual. 3a () Duermo la mayor parte del día. 3b () Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	
<p>17. IRRITABILIDAD 0 () No estoy más irritable que antes. 1 () Estoy más irritable que antes. 2 () Estoy mucho más irritable que antes. 3 () Estoy irritable todo el tiempo.</p>	
<p>18. CAMBIOS EN EL APETITO 0 () No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a () Mi apetito es un poco menor que antes. 1b () Mi apetito es un poco mayor que antes. 2a () Mi apetito es mucho menor que antes. 2b () Mi apetito es mucho mayor que antes. 3a () No tengo apetito en absoluto. 3b () Quiero comer todo el tiempo.</p>	
<p>19. DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN 0 () Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 () No puedo concentrarme tan bien como antes. 2 () Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo. 3 () Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>	
<p>20. CANSANCIO O FATIGA 0 () No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 () Me fatigo o me canso más fácilmente que antes. 2 () Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer. 3 () Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer</p>	
<p>21. PÉRDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO 0 () No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 () Estoy menos interesado en el sexo que antes. 2 () Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 () He perdido completamente el interés en el sexo.</p>	

3. Ficha de recolección de datos

3.1. Edad:.....

3.2. Sexo

3.2.1. Masculino ()

3.2.2. Femenino ()

3.3. ¿Tiene hermanos?

3.3.1. Si ()

3.3.2. No ()

3.4. Tipo de familia:

3.4.1. Nuclear: (ambos padres e hijos) ()

3.4.2. Compuesta o extensa: (Padres, hijos, otros parientes como abuelos, tíos, primos, sobrinos) ()

3.4.3. Monoparental: (Madre o Padre e hijos) ()

3.4.4. Monoparental extendida: (Madre o Padre con hijos más otros parientes) ()

3.4.5. Familia reconstituida: (Padres separados con nueva pareja) ()

3.4.6. Familia sin núcleo conyugal: (Ausencia de padres) ()



Universidad Católica
de Santa María

CREDECIAL

El que suscribe, Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santa María, presenta a la señorita PAMELA ZARAVIA PERALTA, Bachiller en Medicina Humana, quién está desarrollando su tesis titulada ““RELACIÓN ENTRE LA FLEXIBILIDAD FAMILIAR Y LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA”, con la cual pretende optar el Título de Médico Cirujano; agradeciéndole se le brinde las facilidades del caso, a fin de que pueda obtener la información que necesita, lo que le permitirá lograr su objetivo académico.

Arequipa, 21 de Junio del 2021



Dr. Miguel Fernando Farfán Delgado
Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Católica de Santa María

MFFD/DecanoB1f