

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO A
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**
PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTOR:

JIMÉNEZ VIGO, GUSTAVO GONZALO

ASESORA:

DRA. LUZ MILAGROS JARA PEREDA

TRUJILLO – PERÚ

2018

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Rosa Lozano Ibáñez
PRESIDENTE

Dr. Hugo Sánchez Rivera
SECRETARIO

Dra. Lucia Canchucaja Bonarriba
VOCAL

Dra. Lara Pereda Luz Milagros
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios, en primer lugar, por haber puesto decisiones en mí desde siempre y por haberme ayudado en este trayecto para su gloria.

A mis padres, **Gustavo y Elizabeth**, porque desde el primer día ya pensaban un lugar en casa para colgar mi bachiller.

A mis amigos, **Alex y Wuinny**, porque sin ellos nada hubiese sido tan divertido.

A **Neil**, mi hermano desde el primer día.

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi familia y a todos los que sin pensarlo dos veces me brindaron su apoyo en todo el camino.

A mi asesora **Dr. Jara Pereda, Milagros** por su orientación, ayuda y tiempo en la realización de un trabajo honesto, apropiado y académicamente bueno para un estudiante de medicina.

A mi revisor **Dr. Segura Plasencia, Niler** por su paciencia y por sus correcciones importantes, así mismo necesarias en la realización de este trabajo.

A mis profesores que me inculcaron y enseñaron el valor por la vida, no solo desde el punto de vista físico sino desde lo íntegro del cuerpo humano; además de que con su ejemplo me enseñaron el inmenso amor por la medicina.

RESUMEN

La presente investigación, de tipo analítico, observacional y transversal, tuvo como objetivo principal analizar la asociación que existe entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de medicina. La muestra estuvo conformada por 187 Estudiantes, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión de Goldberg (EADG) y el APGAR para la percepción familiar, a los alumnos que cumplían con los criterios de inclusión. Los resultados evidencian una asociación entre la presencia de depresión y la disfunción familiar estadísticamente significativa ($p < 0.05$) que permiten afirmar que aquellos estudiantes con disfunción familiar presentan una probabilidad 1.74 veces mayor de depresión con respecto a los que no presentaron disfunción familiar (RP=1,74; IC95%:1.63 - 3.64). Asimismo, existe una prevalencia del 61% en el grupo con depresión y una prevalencia del 35% en el grupo sin depresión en relación a la disfunción familiar; a la vez existe una relación entre la depresión, el rendimiento académico, el ciclo académico y el lugar de procedencia. En relación a la prevalencia de los alumnos con depresión según sexo, los resultados indican que los hombres presentan un porcentaje mayor (53%) en comparación con las mujeres (47).

Palabras clave: *Depresión, disfunción familiar, rendimiento académico, estudiantes de medicina.*

ABSTRACT

The present investigation, of analytical, observational and transversal type. Its main objective was to analyze the association that exists between family dysfunction and depression in medical students. The sample consisted of 187 students, who were applied the Goldberg Depression Scale (EADG) and the APGAR for family perception, to students who met the inclusion criteria. The results show an association between the presence of depression and family dysfunction statistically significant ($p < 0.05$) that allow to affirm that those students with family dysfunction have a 1.74 times greater probability of depression with respect to those who did not present family dysfunction (RP = 1.74, 95% CI: 1.63 - 3.64). Likewise, there is a prevalence of 61% in the group with depression and a prevalence of 35% in the group without depression in relation to family dysfunction; At the same time there is a relationship between depression and academic performance, in relation to the prevalence of students with depression by sex, the results indicate that men have a higher percentage (53%) compared to women (47).

Keywords: *Depression, family dysfunction, academic performance, medical students.*

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Marco teórico	10
1.2. Antecedentes	13
1.3. Justificación	16
1.4. Problema.....	16
1.5. Hipótesis	16
1.6. Objetivos	16
II. MATERIAL Y MÉTODO	17
2.1. Población de estudio.....	17
2.2. Criterios de selección y exclusión	17
2.3. Muestra	18
2.4. Diseño de estudio	19
2.5. Variable y Operacionalización:.....	19
2.6. Procedimiento	21
2.7. Técnicas de instrumento de recolección de datos	23
2.8. Procesamiento y análisis estadístico	24
2.9. Consideraciones éticas	24
III. RESULTADOS.....	26
IV. DISCUSIÓN	35
V. CONCLUSIONES.....	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
VIII. ANEXOS	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°01:	Características sociodemográficas de los estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego	.....	29
Tabla N°02:	Prevalencia de disfunción familiar en estudiantes de medicina con Depresión. UPAO 2018.	.....	30
Tabla N°03:	Prevalencia de disfunción familiar en estudiantes de medicina sin depresión. UPAO 2018.	.....	30
Tabla N°04:	Prevalencia de Depresión en estudiantes y Disfunción familiar. UPAO 2018.	.....	30
Tabla N°05:	Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina UPAO 2018.	.....	31
Tabla N°06:	Prevalencia de Depresión y Ciclo de Estudio en estudiantes de Medicina UPAO 2018.	.....	31
Tabla N°07:	Análisis multivariado de los factores asociados a Depresión en estudiantes de medicina de la Universidad privada Antenor Orrego.	.....	32

ÍNDICE DE GRÀFICOS

Gráfico N°01:	Prevalencia de Depresión en estudiantes y Disfunción familiar en estudiantes Medicina UPAO 2018.	.....	33
Gráfico N°02:	Prevalencia de depresión de los estudiantes de Medicina UPAO 2018.	.....	33
Gráfico N°03:	Prevalencia de Depresión y Rendimiento Académico en estudiantes de Medicina. UPAO 2018.	.....	34

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, menciona que la familia es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, con el derecho a la protección de esta y del estado¹.

En una configuración integral, la familia representa un grupo o sistema formado por pequeños subsistemas representados por sus miembros y al mismo tiempo forma parte de otro sistema que es la sociedad. La conexión entre cada uno de los integrantes en una familia es tan íntima, que la sola modificación de alguno de los miembros induce transformaciones en los otros y con ello a toda la familia. Es por esto que los inconvenientes que se originan en esta no deben ser vistos en forma rectilínea, de una causa a un efecto; por el contrario, los problemas deberían ser entendidos al fallo de la familia como sistema².

Una familia entendida como disfuncional revela un modelo conductual que no se adapta al entorno y que se presentan permanentemente en uno o más integrantes del sistema familiar, y que al relacionarse con otro de sus miembros genera un ambiente propicio para el nacimiento de patologías, tanto específicas como inespecíficas³.

Existen tipos de familias disfuncionales en las que podemos encontrar a la neurotígenicas que son las que producen comportamientos neuróticos en algún integrante de la familia, llevando a variaciones mentales caracterizadas por ansiedad, angustia, astenia, miedo y conflictos personales que lastiman al afecto y generan un sufrimiento psicológico real⁴. También tenemos a las familias psicogénicas las cuales se generaron por alguna forma de abuso, ya sea sexual, física o psicológica, causando dispersión de la familia y generalmente trastornos mentales⁵. Igualmente, tenemos a familias disfuncionales psicopatogénicas que son las que presentan casos de conductas antisociales, destructivas y trastornos perjudiciales. Es frecuente que en esta familia se trate de ignorar o cubrir los problemas si se considera que este es embarazoso⁶. Existen además familias disfuncionales caracterizadas por presentar uno de sus miembros con adicción a

cualquier tipo de sustancia química, ya sea legal o ilegal. Este tipo de familia es conocida como familias adictógenas⁷.

Por otro lado, la depresión es la presencia de síntomas predominantemente afectivos como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático⁸. Debido a esto podríamos hablar de una afectación global psíquica y física, con especial énfasis en el área afectiva⁹.

Se determinó, que el primer evento depresivo o el incremento sustancial de síntomas depresivos ocurre generalmente durante la adolescencia, por ser esta una etapa del desarrollo donde los problemas psicológicos aumentan¹⁰. También es en esta etapa cuando se acentúan las diferencias entre sexos, ya que las mujeres presentan más sintomatología que los hombres. La depresión en sí no resalta solamente por su elevada prevalencia, sino que también lo hace por la posibilidad de presentar recaídas y recurrencias¹¹. Una desventaja adicional pero no menos importante es el elevado costo económico que conlleva una persona deprimida, el cual se traduce en baja productividad, ausentismo laboral, cuidados ambulatorios, hospitalizaciones y tratamientos farmacológicos^{12 13}.

La disfunción familiar interviene en los conflictos psicosociales ocurridos durante la adolescencia y la juventud, como lo son la depresión, los intentos de suicidio, los trastornos de conducta, etc., los cuales son complicaciones que atacan a los jóvenes que ya están predispuestos a caer en ellas por ausencia de firmeza emocional y en la gran mayoría de veces como producto de la disfuncionalidad en sus familias¹⁴.

La presencia de problemas de cualquier grado, entre los jóvenes y sus padres, se puede desarrollar con la aparición de un escape repentino en el momento en el que el joven no encuentra un camino satisfactorio hacia su propia autonomía, es allí donde la relación padres e hijos se va dañando progresivamente, originando postergar o en el peor de los casos imposibilitar completamente el establecimiento de un concepto de sí mismo el cual llegue a ser completamente fuerte de tal forma que permita un total desarrollo de sus capacidades, generando así

consecuencias positivas cuando el joven logra un nivel suficiente de éxito en las relaciones que sostiene con sus padres y logra asimismo poder separarse de estos, obteniendo así una gran conexión entre los miembros de la familia¹⁵.

Cuando el joven encuentra en sus padres la resolución de ciertos conflictos o el sostén en los problemas, es posible que las relaciones entre los integrantes de la familia sean positivas, proporcionando un contexto familiar óptimo que se logra conservar durante toda esta etapa, con relaciones de afecto dentro de la familia en donde el joven convierte a sus padres en sus guías y orientadores. No sucede lo mismo cuando la interacción entre los padres y los hijos no es apropiada, la conducta y la moral del joven se deteriora rápidamente y es de esta forma que con facilidad se exteriorizan dificultades para adaptarse, ocasionando conductas agresivas como destructividad y deshonestidad así también en el otro extremo mostrando una retracción en sí mismo frente al entorno o los logros como lo son depresión y el suicidio¹⁶.

La influencia de los problemas en el ámbito económico y social que presenta la familia afectan al joven y adolescente como parte del núcleo familiar, que vive y absorbe todas estas dificultades, llevándolo a situaciones bastante poco estudiado como son la depresión son síntomas en su mayoría leves a moderados, por ello el valor de que la familia, en su contexto funcional, se encuentre en capacidad de acomodarse a los cambios, de conservarse unida a pesar de ello y de mantener el diálogo como instrumento más importante¹⁴.

Cuando la funcionalidad de la familia no es adecuada, no conserva un equilibrio entre los problemas familiares y sus soluciones, de formas que involucren al adolescente y al joven para que de esta manera se imparta confianza y una buena cohesión familiar, generando a que problemas se acentúen en los jóvenes y llegando a minimizar el papel de protección de los padres para convertirse en un factor de riesgo, desencadenando en la juventud problemas de salud mental como baja autoestima y tu repercusión resaltante como lo es la depresión¹⁷.

1.2. Antecedentes

Jiménez R et.al (México 2009) llevaron a cabo una investigación con la finalidad de determinar la frecuencia de depresión y su asociación con disfunción familiar en adolescentes. Se incluyeron 252 estudiantes siendo 134 del sexo masculino y 118 del femenino. Para evaluar la depresión se utilizó la escala de Birleson y para la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento FACES III. De los 252 adolescentes, 134 hombres representaron el 53% y las 118 mujeres el 46.8 %. El estudio identificó depresión en 75 adolescentes representando un 29.8 %. Cuando se consideró el sexo, la frecuencia de la depresión en las mujeres fue de 42.4 % y en los hombres de 18.7 %. En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia disfuncional de tipo rígidamente dispersa (OR=6.3; $p<0.05$) mientras que en los adolescentes sin depresión también se identificó disfunción familiar, pero de los tipos flexiblemente aglutinadas (OR=0.215; $p<0.05$) y rígidamente aglutinadas (OR=0.106; $p<0.05$)¹⁸.

Zapata J. et.al (México 2008) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue conocer la frecuencia de depresión en adolescentes y su asociación con las alteraciones de la funcionalidad familiar. Para el estudio aplicaron un cuestionario a 860 adolescentes de ambos géneros, de los cuales se eliminaron 113 (aproximadamente un 13.1%) por no contar con todos los datos. De los 747 participantes que sí contestaron correctamente, 409 que representaron 54.8%, fueron hombres. De acuerdo a la valoración de Apgar para la determinación de la funcionalidad familiar, 247 participantes (33%) fueron diagnosticados con disfunción familiar (OR=1.46; IC95%=1.16-3.59; $p<0.05$). Se encontró además que las mujeres presentaron 1.35 veces más riesgo de disfunción familiar que los hombres (OR=1.35; IC95%=1.01-1.50; $p<0.05$). La frecuencia de depresión en el grupo estudiado fue de 4% (30 participantes); en 29 de ellos (aproximadamente 96.6%) leve y en uno (3.4%) moderada, sin diferencia significativa por género, 43.3 y 56.7% para hombres y mujeres, respectivamente. De los 30 sujetos con depresión, 17 (56.6%) no tenían diagnóstico de disfunción familiar, 10 (33.3%) fueron diagnosticados con disfunción moderada y tres (10%) con disfunción grave. Se observó además que existirá mayor riesgo de depresión en presencia de disfunción familiar moderada (OR =2.51; IC 95%=1.04-5.99; $p<0.05$)¹⁹.

Cogollo Z. et al (Colombia 2010) realizaron una investigación con el fin de establecer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes adolescentes. Se diseñó un estudio analítico de tipo transversal en donde la población de estudio estuvo constituida por 495 adolescentes de los cuales 250 fueron mujeres (59%). Se cuantificó la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar y síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Zung para depresión. Un grupo de 253 adolescentes (59,6%) informaron disfuncionalidad familiar. La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica se halló en 174 participantes (41%). En cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar por parte de adolescentes, se encontró entre los varones un 62,1% de disfuncionalidad, comparado con un 58,9% en las mujeres (OR=1,19; IC95%=0,78-1,78; p<0,05). En el análisis multivariado no se encontró asociación significativa entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica (OR = 1,38; IC95%=0.92-2,08; p=0,116)²⁰.

Osornio L. et.al (México 2009) realizaron un estudio con el objetivo de Describir la asociación entre dinámica familiar, depresión y rendimiento académico en estudiantes de medicina. En el Estudio participaron 252 alumnos elegidos aleatoriamente de los 650 que ingresaron durante 2007 a la carrera de Medicina de la UNAM; dividiéndolos en dos grupos (regulares e irregulares) de acuerdo a su situación académica. Se les aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), que se utiliza para medir sintomatología depresiva y para determinar la dinámica familiar, se aplicó la Escala para evaluar la Cohesión y la Adaptación Familiar (FACES III), formulada por Olson. De los 252 estudiantes que conformaron la muestra, un 67.9% fueron mujeres y 31.7% hombres cuya edad se encontró entre los 17 y 26 años; de los cuales 75 (29.8%) presentaron depresión; siendo la mayor parte del sexo femenino: 53 estudiantes (70.7%) y 22 del sexo masculino (29.3%). Un total de 93 familias fueron funcionales, 104 familias en ubicación intermedia y 66 familias se identificaron como no funcionales. Cabe señalar que en el grupo de los alumnos irregulares se presentó un mayor porcentaje de familias no funcionales. Con respecto a la dinámica familiar y la depresión al considerar la población total, se encontró una

correlación negativa, estadísticamente significativa entre las escalas del FACES III y el puntaje que obtuvieron en la escala de Depresión, cohesión ($r = -2,89$; $p < 0,05$) y adaptación ($r = -1,98$; $p < 0,05$). Esto significa que, a menor funcionalidad familiar, mayor depresión (al momento en que se obtuvieron los datos). De los alumnos que presentaban depresión, 16 de ellos (21.3%), tenía una familia semi relacionada - Estructurada; 10 casos (13.3%) pertenecían a familias Aglutinada-Caóticas y en ocho casos (10.7%) su tipo de familia fue Relacionada-Caótica. Además, en este estudio identificaron que los estudiantes irregulares de la carrera de medicina tienden a presentar mayor disfuncionalidad familiar y que existe una relación inversamente proporcional entre depresión y funcionalidad familiar en los estudiantes de medicina²¹.

Gaviria S. et.al (Colombia 2012) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la Calidad de la relación familiar y su asociación con la depresión en estudiantes de medicina de Medellín. Se aplicó a los estudiantes del primero al quinto año de medicina el test de depresión de Zung y una escala tipo Likert de calidad de la relación familiar. Respondieron el cuestionario 287 alumnos de Medicina siendo el 61.6% de género femenino. La edad promedio de este grupo fue de 20 años. Los hallazgos mostraron una prevalencia total de Depresión del 30.3%, siendo mayor el riesgo para la forma leve (20.9%) mientras que sólo un 2.7% fue detectado como depresión severa. El grupo de mayor riesgo para depresión fue el femenino con un 39.7%, entre tanto que el masculino un 21.5%. Por otro lado, el porcentaje de alumnos que puntuaron para calidad de la relación familiar "pobre" fue de 4.2%, "buena" un 35.2% y "excelente" el 60.6% restante. Cuando se cotejó el riesgo de depresión según la calidad de la relación familiar se encontró asociación estadísticamente significativa ($X^2 = 42.81$; $gl:6$; $p < 0.001$), observándose que el nivel de depresión es directamente proporcional al riesgo de pertenecer a una familia con una relación pobre. Se dicotomizaron las variables calidad de relación familiar en "pobre" y "buena" y depresión en "normal" y "cualquier grado de depresión", observándose que por cada 29 estudiantes con algún grado de depresión que tenían calidad de la relación familiar "pobre", había un solo estudiante sin depresión con pobre calidad de la relación familiar (IC 95%:

3.65-22.52), siendo esta asociación estadísticamente significativa ($X^2=42.81$; gl:2; $P<0.001$)²².

1.3. Justificación

Ante la falta de estudios que determinen la influencia de una dinámica familiar disfuncional en la manifestación de síntomas depresivos, se consideró necesario investigar las causas que puedan alertar la posible presencia de complicaciones depresivas en los estudiantes de medicina. Además, a nivel teórico: permite conocer más sobre las variables a investigar, a nivel práctico: sirve como antecedente para futuras investigaciones, a nivel metodológico: sirve para determinar la utilidad de los instrumentos de medición y a nivel social: permite conocer la presencia de ambas variables en la población y su manifestación en ésta.

1.4. Problema

¿Es la disfunción familiar un factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina?

1.5. Hipótesis

H₀: No existe asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de medicina.

H_a: Existe asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de medicina.

1.6. Objetivos

Objetivo general

Analizar la asociación que existe entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de medicina.

Objetivos específicos

- Calcular la prevalencia de disfunción familiar en el grupo con depresión y en el grupo sin depresión.
- Comparar las prevalencias de disfunción familiar en el grupo con depresión y en el grupo sin depresión.
- Valorar la prevalencia de los alumnos con depresión según sexo.
- Establecer la asociación que existe entre de estudiantes de medicina con depresión y rendimiento académico.
- Obtener la proporción de estudiantes de medicina con depresión.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Población de estudio

Estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo durante el periodo académico 2018-0.

2.2. Criterios de selección y exclusión

Criterios de selección.

- Estudiantes de la carrera de medicina.
- Estudiantes que se encuentren matriculados según registro técnico, independientemente del número de matrícula que estén cursando.
- Estudiantes de medicina pertenecientes del Primer al Quinto ciclo de estudios.
- Estudiantes de medicina de Ambos sexos.

Criterios de exclusión.

- Estudiantes de medicina que se encuentre en tratamiento para depresión.
- Estudiantes de medicina que se encuentren en tratamiento para trastornos del estado de ánimo (trastorno distimico, trastorno inducido por sustancias, trastorno por condición médica, trastorno bipolar).
- No aceptar contestar la encuesta
- Responder la encuesta en forma incorrecta.
- Estudiantes de medicina que se encuentren realizando una pasantía en la Universidad Privada Antenor Orrego.

2.3. Muestra

Unidad de Análisis: Un estudiante de medicina que se encuentre cursando estudios en la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo académico 2018-0.

Unidad de Muestreo: Un estudiante de medicina que se encuentre cursando estudios en la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo académico 2018-0 que cumpla los criterios de inclusión y exclusión.

Tamaño muestral: Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estudios de una sola población²⁴:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

Dónde:

n₀: Tamaño de muestra.

Z α : Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe: Prevalencia estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio : 0.18 ²⁵.

qe =1-pe

peqe: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

Obtenemos:

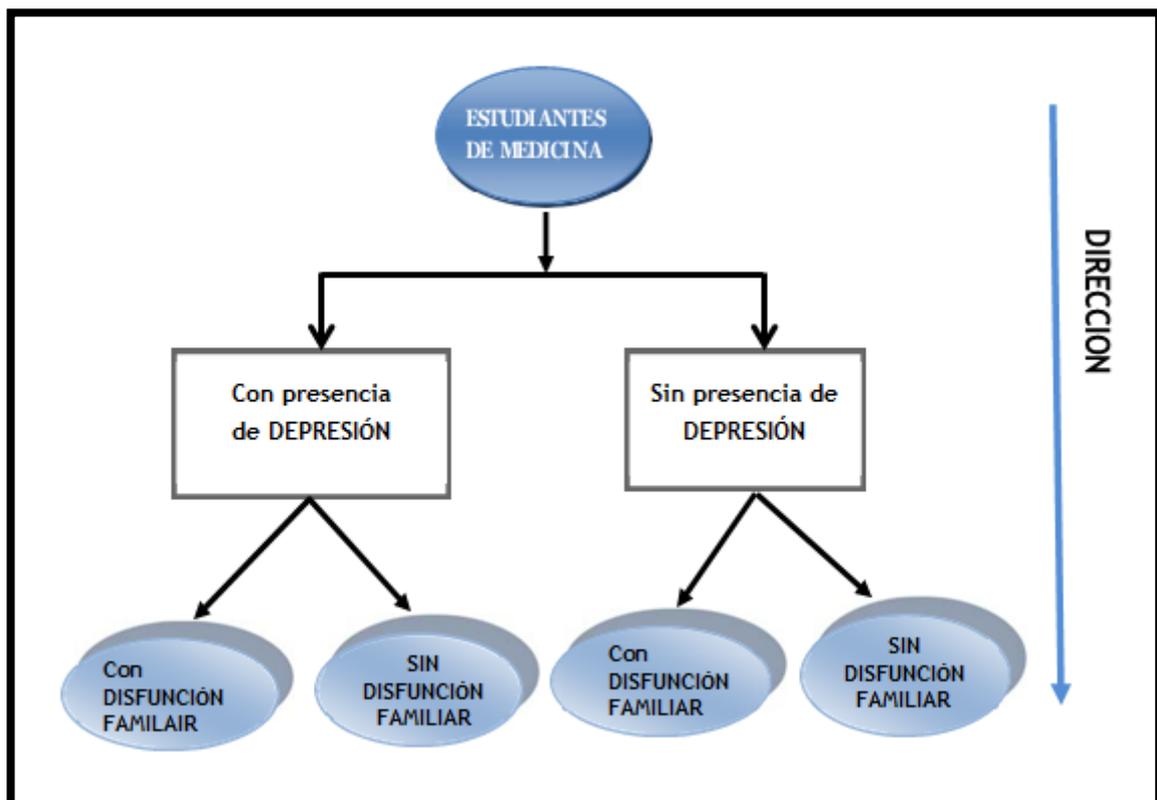
n = 187 Estudiantes.

Se consideró tomar un 10% adicional.

2.4. Diseño de estudio

2.4.1. Tipo de estudio: Analítico, observacional, de tipo transversal.

2.4.2. Diseño específico:



2.5. Variable y Operacionalización:

2.5.1. Variables

- **Variable dependiente:** Depresión
- **Variable independiente:** Disfunción Familiar
- **Co-Variables:** Sexo, Edad, Ciclo de estudios, Financiamiento de estudios, Procedencia y Rendimiento Académico

2.5.2. Operacionalización de variables:

2.5.3. Definición operacional

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	ESCALA	INDICE
INDEPENDIENTE				
Disfunción Familiar	Apgar Familiar ²⁷ .	Cualitativa	Nominal	Si No
DEPENDIENTE				
Depresión	Escala de depresion de Goldberg ²³ .	Cualitativa	Nominal	Si No
CO-VARIABLES				
Sexo	Determinada por la ficha de recolección de datos.	Cualitativa	Nominal	masculino femenino
Edad	Determinada por la ficha de recolección de datos.	Cuantitativa	De Razón	Númérico
Ciiclo de Estudio	Determinada por la ficha de recoleccion de datos.	Cuantitativo	De Razon	1ro,2do,3ero,4to,5to
Financiamiento de los Estudios	Determinada por la ficha de recoleccion de datos.	Cualitativo	Nominal	Autoninanciado: Si No
Procedencia	Determinada por la ficha de recoleccion de datos.	Cualitativo	Nominal	Dentro de la provincia de Trujillo Fuera de la provincia de Trujillo
Rendimiento Académico	Promediode último ciclo estudiado.	Cuantitativo	Ordinal	No aprobado : ≤ 10.5 Aprobado : ≥ 10.5

2.5.3.1. Variable independiente:

- **Disfunción Familiar:** Se valorará en función de la frecuencia de presentación de síntomas relacionados a la familia. Un score de 17 o más en el Apgar Familiar²⁷ (Anexo 3), define Funcionalidad Familiar.

2.5.3.2. Variable dependiente:

- **Depresión:** Se valorará en función de la presencia o ausencia de síntomas depresivos. Un score de 2 o más en la Escala de depresión de Goldberg²³ (Anexo 2), define depresión de manera simple.

2.5.3.3. Covariables:

- **Sexo:** Se determinó de acuerdo a la condición biológica como masculino o femenino.
- **Edad:** Se contabilizó de acuerdo a los años cumplidos cronológicamente hasta la fecha del estudio.
- **Ciclo de Estudios:** Se valorará el número del ciclo en la escuela de medicina según el año de estudio correspondiente³⁴.
- **Financiamiento de los Estudios:** Se valorará la persona que financia el ciclo académico³⁴.
- **Procedencia:** Se determinó de acuerdo a la región de donde procede el estudiante. Dentro de la Provincia de Trujillo o fuera de la provincia de Trujillo³⁴.
- **Rendimiento Académico:** Se valorará el rendimiento académico como: No aprobado, al estudiante que tuvo como promedio final de ciclo <10.5 durante el ciclo académico anterior y como aprobado, al estudiante que tuvo como promedio final de ciclo ≥ 10.5 durante el ciclo académico anterior³³.

2.6. Procedimiento

Se ejecutó el proyecto en el mes de marzo del 2018, posterior a su aprobación.

Se dirigió a los salones de clase de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego correspondientes al periodo 2018-0, de acuerdo al día en la que esta se desarrolle, de acuerdo al ciclo de estudio y a la materia, casi al finalizar la hora de clase.

Se pidió el consentimiento del docente de aula para que de este modo permita el llenado de la ficha de recolección de datos por los estudiantes.

Se procedió a la entrega del consentimiento informado para su posterior llenado.

Se procedió a aplicar la Escala de Depresión de Goldberg (EADG) (Anexo 2) y el APGAR familiar (Anexo 3) en los alumnos que cumplan los criterios de inclusión. Se aplicará en 187 estudiantes del 1° al 5° ciclo de Medicina.

Luego de la aplicación de la Escala de Depresión de Goldberg (EADG) los estudiantes fueron clasificados en alumnos que tienen depresión y en alumnos que no tienen depresión. La Escala de Depresión de Goldberg (EADG) contiene nueve preguntas. Las 4 primeras preguntas de la subescala de depresión actúan a modo de precondición para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 1 al 4 para poder proceder a contestar el resto de preguntas. El punto de corte se sitúa en 1 o más en el primer bloque de 4 preguntas, en donde, con el puntaje final de 2 a más, para la subescala de depresión, se considerará como estudiantes con presencia de depresión y un puntaje menor de 2 se considerará un estudiante sin la presencia de depresión. Las respuestas sólo admiten la dicotomía.

Luego de la aplicación del APGAR familiar los estudiantes fueron clasificados como alumnos pertenecientes a familias funcionales y en alumnos que pertenecen a familias disfuncionales. El APGAR familiar contiene una serie de 10 preguntas en las cuales el estudiante debe marcar solo una X en la respuesta que este considere para la pregunta respectiva. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3. Casi siempre y 4: Siempre. El punto de corte en el APGAR familiar es 17 puntos para determinar si el estudiante tiene o no la presencia de disfunción familiar. Siendo un puntaje de 17 a más para determinar si existe funcionalidad familiar y de 17 a menos para determinar si existe disfunción familiar.

Una vez recolectados todos los datos de los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo y que hayan cumplido con los criterios de inclusión, se procedió al traslado de los datos recolectados a hojas de cálculo en Microsoft Excel 2016.

Por último, para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics 25.0 para Windows.

2.7. Técnicas de instrumento de recolección de datos

Escala de Depresión de Goldberg (EADG) los estudiantes serán clasificados en alumnos que tienen depresión y en alumnos que no tienen depresión. La Escala de Depresión de Goldberg (EADG) contiene nueve preguntas. Las 4 primeras preguntas de la subescala de depresión actúan a modo de precondición para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 1 al 4 para poder proceder a contestar el resto de preguntas. El punto de corte se sitúa en 1 o más en el primer bloque de 4 preguntas, en donde, con el puntaje final de 2 a más, para la subescala de depresión, se considerará como estudiantes con presencia de depresión y un puntaje menor de 2 se considerará un estudiante sin la presencia de depresión. Las respuestas sólo admiten la dicotomía.

Escala APGAR familiar, sirve para medir la percepción sobre las familias funcionales y en alumnos que pertenecen a familias disfuncionales. El APGAR familiar contiene una serie de 10 preguntas en las cuales el estudiante debe marcar solo una X en la respuesta que este considere para la pregunta respectiva. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3: Casi siempre y 4: Siempre. El punto de corte en el APGAR familiar es 17 puntos para determinar si el estudiante tiene o no la presencia de disfunción familiar. Siendo un puntaje de 17 a más para determinar si existe funcionalidad familiar y de 17 a menos para determinar si existe disfunción familiar.

2.8. Procesamiento y análisis estadístico

Por medio de la aplicación del Paquete SPSS V 23.0 se procesará la información registrada en las hojas de recolección de datos.

Estadística Descriptiva:

Se obtendrán datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas, las cuales se presentaron en tablas y gráficos correspondientes. Las variables cuantitativas serán representadas en medidas de tendencia central y de dispersión.

Estadística Analítica

Se usó la prueba estadística chi cuadrado para las variables cualitativas para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio

Dado que el estudio correspondió a un diseño de tipo Transversal, se obtendrá la Razón de prevalencia para la disfunción familiar en cuanto a su asociación con depresión en estudiantes de medicina. Se calculó el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

2.9. Consideraciones éticas

- En este proyecto nos basamos en los principios éticos universalmente aceptados que son Beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.
- La beneficencia, debido a que el trabajo está orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes seleccionados al estudio, mejorar el proceso al cual se enfrentan y orientar al mejoramiento y cuidado de la salud física y mental; no maleficencia, debido a que el autor del proyecto se orienta al cuidado integral de los participantes seleccionados al estudio y toma las medidas necesarias para evitar cualquier daño indebido e inoportuno de estos; justicia, debido a que el investigador comprende que los factores asociados a cada estudiante de medicina seleccionado pueden generar un grupo heterogéneo aunque las

características en estudio sean homogéneas, debido a esto, el investigador toma las medidas necesarias para brindarle a cada participante la atención debida y comodidad adecuada de acuerdo a las características personales e individuales de cada uno de los participantes en estudio; y autonomía porque el participante seleccionado tiene la plena libertad de decidir participar en el estudio o no. El investigador no impondrá ninguna objeción frente a la decisión del estudiante de medicina teniendo como punto clave e importante la propia decisión de los seleccionados.

- Además se pidió el consentimiento informado al estudiante de medicina participante del estudio.
- Se tomó en consideración la Declaración de Helsinki II³⁰.
- Los principios éticos que se garantizan son de intimidad y confidencialidad, además se reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato. Estos principios reconocen que las personas tienen derecho de excluirse y/o mantener confidencialidad sobre cualquier información concerniente a su nivel de conocimientos³¹.

III. RESULTADOS

El presente estudio recopiló la información de 187 estudiantes de medicina que cumplieron con los criterios de selección, quienes pertenecían a la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego y a los que se les aplicó la Escala de Depresión de Goldberg y el APGAR familiar, obteniéndose los siguientes resultados:

Con respecto a las características sociodemográficas de los estudiantes de medicina se halló que el género masculino predominó en este estudio con un resultado de 31 estudiantes con depresión (53%), mientras que el género femenino fue de 26 estudiantes con depresión (47%) ($p=0.23$) (**Tabla 1**).

La asociación entre Depresión y Rendimiento Académico mostrada en la **TABLA 01** nos indica que aquellos que presentaron depresión y rendimiento académico desaprobado fueron 33 estudiantes, equivalentes al 58% de esta población. Asimismo, aquellos que no presentaron depresión y presentaron rendimiento académico aprobado fueron 80 estudiantes, representando el 62% de este grupo, con lo que se muestra una asociación estadísticamente significativa pudiéndose afirmar que aquellos con rendimiento académico desaprobado presentaron una probabilidad 1,52 veces mayor de depresión con respecto a los que presentaron rendimiento académico aprobado ($p<0.05$).

Respecto a la Depresión y su asociación con el lugar de Procedencia, representado en la **TABLA 01**, los datos recogidos mostraron que los estudiantes que presentaron depresión, pero su procedencia era fuera de la Provincia de Trujillo fueron 32 estudiantes, equivalentes al 56% de esta población. Asimismo, aquellos que no presentaron depresión y su procedencia era de dentro de la Provincia de Trujillo fueron 107 estudiantes, representando el 82% de este grupo, de este modo la asociación entre la presencia de depresión y el Lugar de Procedencia fue estadísticamente significativo; lo cual afirma que aquellos que procedían de fuera de la provincia de Trujillo presentaron una probabilidad 2,24 veces mayor de depresión con respecto a los que procedían de dentro de la provincia de Trujillo ($p<0.05$).

Finalmente, la asociación entre Depresión y Financiamiento de los Estudios, cuyos datos se recogen en la **TABLA 01**, muestra que aquellos que presentaron depresión y sus estudios eran autofinanciados fueron 10 estudiantes, equivalentes al 18% de esta población. Asimismo, aquellos que no presentaron depresión y sus estudios no eran autofinanciados fueron 118 estudiantes, representando el 91% de este grupo. La asociación entre la presencia de depresión y el financiamiento de los estudios no fue estadísticamente significativa ($p=0.1$).

Respecto a la depresión y su asociación con la disfunción familiar mostrada en la **TABLA 04**, arrojó los siguientes resultados; Aquellos que presentaron depresión y disfunción familiar fueron 35 estudiantes, equivalentes al 61% de esta población. Asimismo, aquellos que no presentaron depresión ni disfunción familiar fueron 85 estudiantes, representando el 65% de este grupo. La asociación entre la presencia de depresión y la disfunción familiar fue estadísticamente significativa; se pudo afirmar que aquellos con disfunción familiar presentaron una probabilidad 1.74 veces mayor de depresión con respecto a los que no presentaron disfunción familiar ($p<0.05$).

En la **TABLA 05** se evidencia que la prevalencia de depresión encontrada fue de 57 estudiantes, representando el 31% del total de la población, mientras que 130 de los encuestados, el 69% restante, no presentaron depresión.

Con respecto a la asociación entre Depresión y Ciclo de Estudios, presentado en la **TABLA 06**, la investigación arrojó los siguientes resultados: Aquellos que presentaron depresión en los ciclos 1ero y 2do (primer año de carrera) fueron de 43 estudiantes, equivalentes al 75% de esta población. Los que presentaron depresión en los ciclos de estudios 3ero y 4to (segundo año de carrera) fueron 8 estudiantes, equivalentes al 14%; asimismo, los estudiantes que presentaron depresión en el 5to ciclo de estudios (tercer año de carrera) fueron 6, equivalentes al 10%. Por lo que se pudo inferir que los alumnos de los primeros ciclos de la carrera presenta mayor tendencia a depresión, lo que no paso con ciclos mayores ($X^2=5.6$ IC95%:1.45 - 4.04; $p=0.23$).

Análisis multivariado de los factores asociados a depresión en estudiantes de medicina se corrobora que las siguientes variables son significativas en el presente estudio: Disfunción Familiar (RP=1.74; IC95%:1.63 - 3.64; p<0.05), Rendimiento Académico (RP=1.52; IC95%:1.26 - 4.71; p<0.05), lugar de Procedencia (RP=2.24; IC95%:1.71 - 3.32; p<0.05) y Financiamiento de los Estudios, obteniendo un, ($X^2=2.6$; IC95%:1.86 - 2.91; p=0.1). **(TABLA 07)**

Tabla N° 01. Características sociodemográficas de los estudiantes de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego

Características Sociodemográficas	Con Depresión (n=68)	Sin Depresión (n=68)	Significancia
Género: - Masculino - Femenino	31(53%) 26(47%)	73(56%) 57(44%)	Chi cuadrado: 2.81 p>0.05
Procedencia: - Fuera de la provincia de Trujillo - Dentro de la provincia de Trujillo	32(56%) 25(44%)	23(18%) 107(82%)	Chi cuadrado: 28.22 p<0.05
Autofinanciamiento: - Si - No	10(18%) 47(82%)	12(9%) 118(91%)	Chi cuadrado: 2.63 p>0.05
Rendimiento Académico: - Desaprobado - Aprobado	33(58%) 24(42%)	50(38%) 80(62%)	Chi cuadrado: 4.90 p<0.05

Tabla N° 02: Prevalencia de disfunción familiar en estudiantes de medicina con Depresión. UPAO 2018.

	Disfunción Familiar		Total
	Sí	No	
Depresión Sí	35(61%)	22(39%)	57(100%)

FUENTE: Facultad de Medicina UPAO –Ficha de recolección de datos-2018

Tabla N° 03: Prevalencia de disfunción familiar en estudiantes de medicina sin depresión. UPAO 2018.

	Disfunción Familiar		Total
	Sí	No	
Depresión No	45(35%)	85(65%)	130(100%)

FUENTE: Facultad de Medicina UPAO –Ficha de recolección de datos-2018

Tabla N° 04: Prevalencia de Depresión en estudiantes y Disfunción familiar. UPAO 2018.

		Depresión		Total
		Sí	No	
Disfunción Familiar	Sí	35(61%)	45(35%)	80(43%)
	No	22(39%)	85(65%)	107(57%)
Total		57(100%)	130(100%)	187(100%)

FUENTE: Facultad de Medicina UPAO –Ficha de recolección de datos-2018

Tabla N° 05: Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina UPAO 2018.

Estudiantes de Medicina			
		Frecuencia	Porcentaje
Depresión	Sí	57	31%
	No	130	69%
Total		187	100%

FUENTE: Facultad de Medicina UPAO –Ficha de recolección de datos-2018

Tabla N° 06: Prevalencia de Depresión y Ciclo de Estudio en estudiantes de Medicina UPAO 2018.

		Depresión		Total
		Sí	No	
Ciclo de Estudio	1ero – 2do	43(75%)	96(73%)	139(74%)
	3ero – 4to	8(14%)	22(17%)	30(16%)
	5to	6(10%)	12(10%)	18(10%)
Total		57(100%)	130(100%)	187(100%)

FUENTE: Facultad de Medicina UPAO –Ficha de recolección de datos-2018

Chi Cuadrado: 5.6

p=0,23

Intervalo de confianza al 95%: (1.45-4.04)

Tabla N° 07: Análisis multivariado de los factores asociados a Depresión en estudiantes de medicina de la Universidad privada Antenor Orrego

Variable	Significancia		
	RP	IC 95%	Chi cuadrado / p
Disfunción Familiar	1.74	(1.6 – 3.6)	11.6 / p= 0.019
Sexo masculino	1.12	(0,8 – 3.7)	2.8 / p= 0.071
Procedencia	2.24	(1,7 – 3.3)	28.2 / p= 0.038
Autofinanciamiento	2.16	(1.8 – 2.9)	2.6 / p= 0.110
Rendimiento Académico	1.52	(1.2 – 4.7)	4.9 / p= 0.032

FUENTE: Facultad de Medicina UPAO –Ficha de recolección de datos-2018

Gráfico N° 01: Prevalencia de Depresión en estudiantes y Disfunción familiar en estudiantes Medicina UPAO 2018.

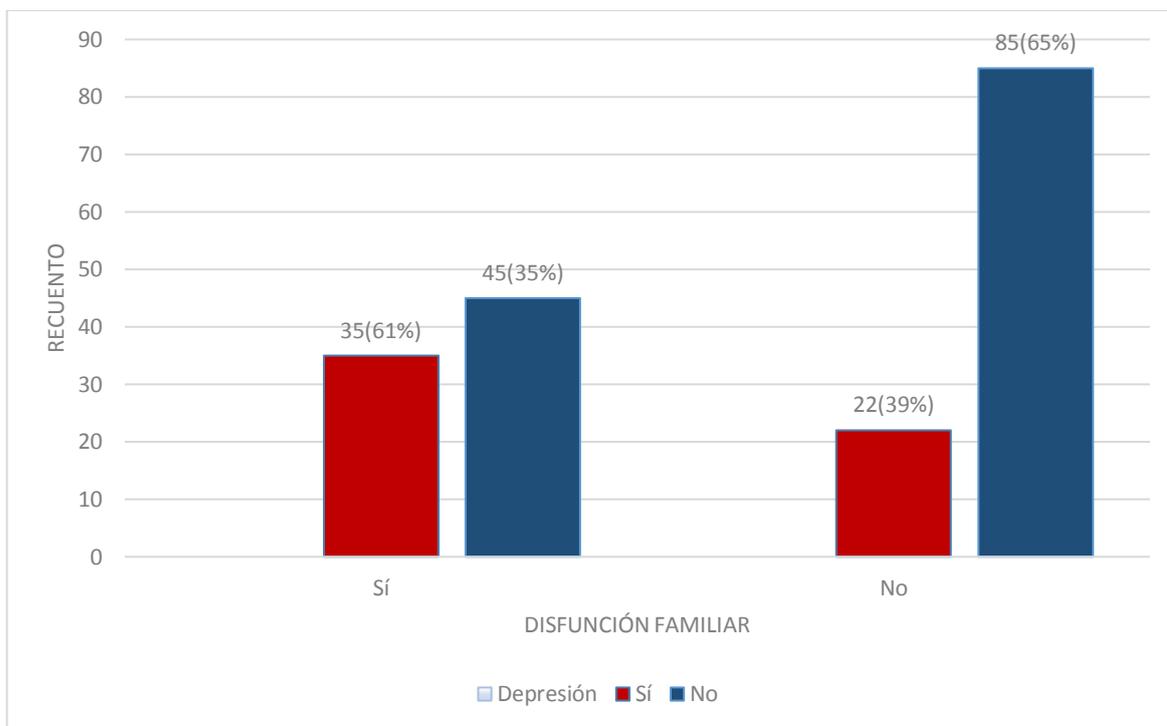


Gráfico N° 02: Prevalencia de depresión de los estudiantes de Medicina UPAO 2018.

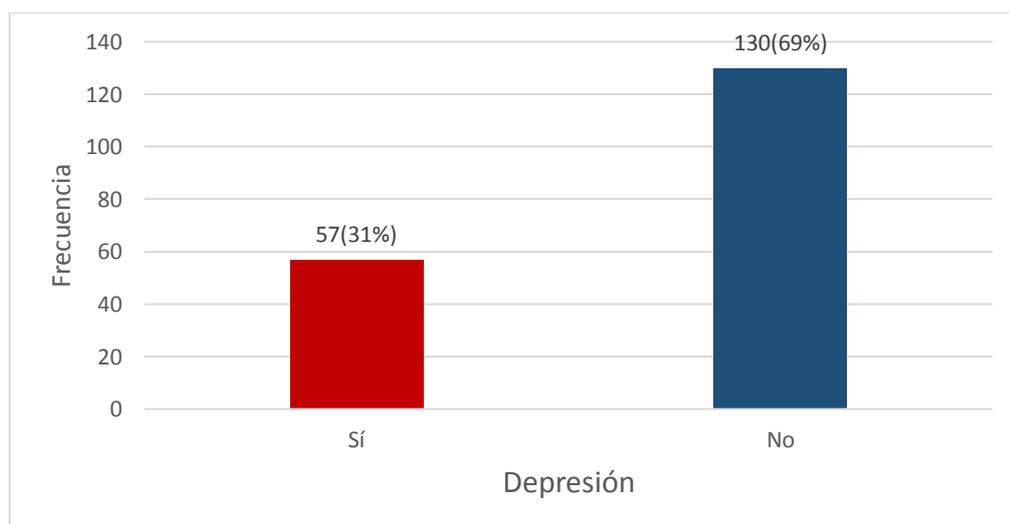
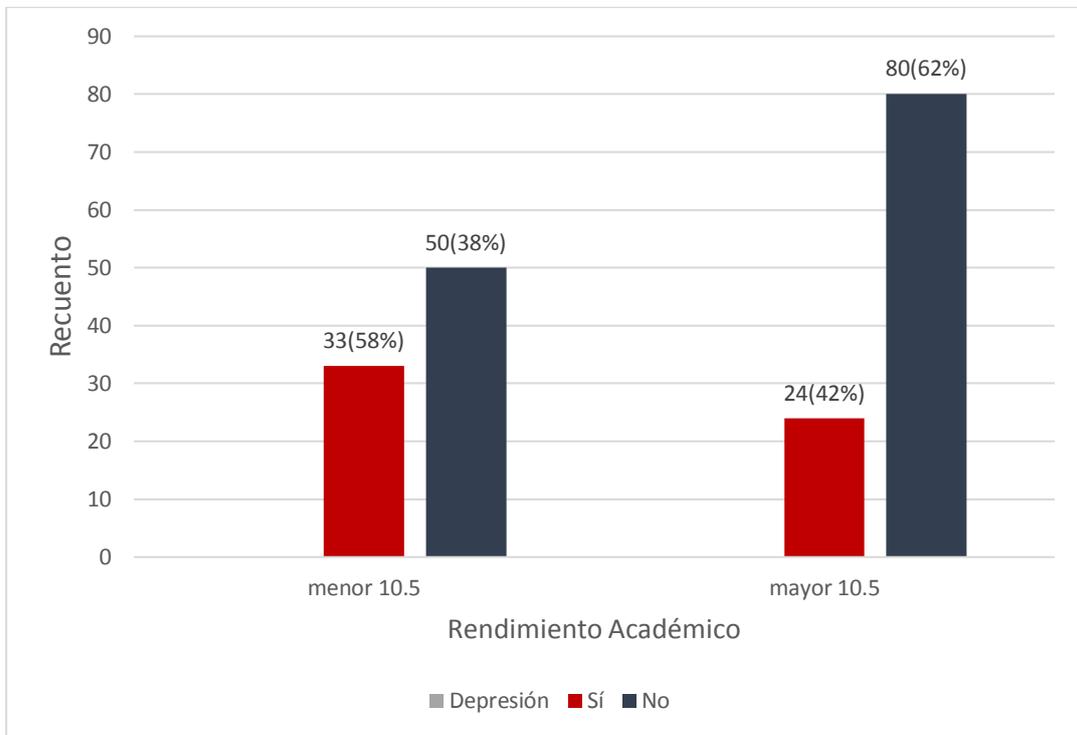


Gráfico N° 03: Prevalencia de Depresión y Rendimiento Académico en estudiantes de Medicina. UPAO 2018.



IV. DISCUSIÓN

Se considera que la depresión es uno de los trastornos más frecuentes a nivel mundial y la padecen cerca de 350 millones de personas, y que puede devenir en suicidios. Se conoce que al menos 800.000 personas entre 15 y 29 años toman su vida, constituyendo así, como la segunda causa de muerte en los adolescentes y jóvenes, lo que representa un gran problema social ya que cada vez son más jóvenes los que deciden quitarse la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017)³⁷.

Además, la prevalencia de depresión en estudiantes universitarios, pertenecientes a la carrera de medicina, se origina debido a factores familiares y emocionales, siendo necesario que se realicen mayores investigaciones, con la finalidad de identificar la prevalencia de esta dificultad entre los estudiantes y a partir de esto, generar mejores procesos de prevención o intervención, de ser necesario ³⁵.

Frente a esto, la presente investigación buscó analizar la asociación que existe entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de medicina, evaluándose a un total de 187 estudiantes, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión de Goldberg (EADG) y el APGAR para la percepción familiar en donde los resultados permiten evidencian que:

En relación al objetivo general, se evidencia que la asociación entre la presencia de depresión y la disfunción familiar fue estadísticamente significativa. Se pudo afirmar que aquellos con disfunción familiar presentaron una probabilidad 1.74 veces mayor de depresión con respecto a los que no presentaron disfunción familiar. (RP=1,74; IC95%:1.63 - 3.64; $p < 0.05$). Estos resultados se asemejan a los encontrados por Gaviria S. et al., (Colombia 2012)²² quienes buscaron determinar la Calidad de la relación familiar y su asociación con la depresión en 287 estudiantes de medicina de Medellín, encontrando una asociación estadísticamente significativa ($X^2 = 42.81$; gl:6; $p < 0.001$), observándose que el nivel de depresión es directamente proporcional al riesgo de pertenecer a una familia que presenta dificultades para poder establecer relaciones interpersonales adecuadas entre sus miembros. De igual forma, Tuárez (2013) encontró en su

investigación con estudiantes de medicina, una relación significativa ($p < 0.05$) entre ambas variables, considerando así, que una dinámica disfuncional afecta la estabilidad emocional de los estudiantes³⁵, determinando de esta forma que dificultades en el sistema familiar, contribuyen a que sus miembros presenten dificultades para poder adaptarse, controlar sus emociones y presentar emociones negativas; lo que conlleva a que generen creencias irracionales sobre su persona y el entorno, repercutiendo en las diversas áreas del desarrollo.

Frente a lo encontrado, se puede deducir que la depresión es la presencia de síntomas predominantemente afectivos como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático⁸ y que se encuentra vinculado una inadecuada funcionalidad de la familia, evidenciando que el sistema no es capaz de conservar un equilibrio cuando ocurren dificultades, generando que los problemas se acentúen en los jóvenes y llegando a minimizar el papel de protección de los padres, para convertirse en un factor de riesgo, desencadenando en la juventud problemas de salud mental como baja autoestima y su repercusión resaltante como lo es la depresión¹⁷.

Los resultados en relación al primer objetivo, muestran que de 57 estudiantes que presentan depresión, el 35% presenta disfunción familiar, esto guarda relación a lo encontrado por Osornio L. et.al (2009)²¹ quienes, en México, concluyeron luego de evaluar a estudiantes de medicina que, a menor funcionalidad familiar, mayor depresión en su investigación; es decir se evidencia que el papel de la familia es muy importante en la manifestación de síntomas relacionados a la depresión, siendo necesario un mayor involucramiento emocional entre los miembros de una familia para poder generar un soporte adecuado en los estudiantes y así poder hacer frente a las diversas dificultades que puedan llegar a vivenciar.

En relación a la prevalencia de los alumnos con depresión según sexo, los resultados indican que los hombres presentan un porcentaje mayor (53%) en comparación con las mujeres (47%), sin embargo, no es una diferencia significativa, indicando que aquellos estresores o eventos que desencadenan los

síntomas depresivos, afectan a ambos grupos; sin embargo, los resultados dados por Gaviria S. et.al (2012) en Colombia, no son similares, quien encontró una mayor prevalencia o riesgo para depresión fue el femenino con un 39.7% que en el sexo masculino un 21.5%, considerando que es debido a la presión social, los factores familiares y el papel que cada cultura otorga a la figura femenina los que condicionan este fenómeno, viendo así a la mujer como más vulnerable y al hombre con mayor fortaleza para hacer frente a dificultades²². Asimismo, en la presente investigación se evidencia que el rango de edad donde se presenta mayores indicadores de depresión es de 18 a 19 años, debido a que a esa edad, las dificultades o problemas que se presentan suelen tomarse con mayor importancia o sensibilidad por parte de las personas.

Se buscó también establecer la asociación que existe entre los estudiantes de medicina con depresión y el rendimiento académico, cuyos resultados muestran que la asociación entre ambas variables fue estadísticamente significativa. Se pudo afirmar que aquellos con rendimiento académico desaprobado presentaron una probabilidad 1,52 veces mayor de depresión con respecto a los que presentaron rendimiento académico aprobado (RP=1,52; IC95%:1.26 - 4.71; $p<0.05$); resultados que se asemejan a los encontrados por Osornio L. et. al (2009)²¹ quienes encontraron asociación significativa para las mismas variables, en donde los estudiantes irregulares de la carrera de medicina tienden a presentar mayor disfuncionalidad familiar y que existe una relación inversamente proporcional entre depresión y funcionalidad familiar en los mismos estudiantes; sin embargo, esto no coincide con lo encontrado por Tuárez (2013) quien investigó la relación entre la depresión y el rendimiento académico, determinando que no existe asociación entre ambas variables, considerando, que es la satisfacción con la carrera, un adecuado control de sus emociones y la motivación por alcanzar sus metas, los aspectos que contribuyen en la formación académica³⁵.

De igual forma, Acosta y Bohorquez (2016) no encontraron una asociación entre ambas variables, considerando que, aunque los estudiantes puedan llegar a presentar dificultades, esto no siempre afecta el área académica, además, puede

considerarse que la sensación de bienestar y de agrado en la elección de la carrera se convierte en un factor protector importante³⁶.

Además, permite comprender que cuando una familia es disfuncional, revela un modelo conductual que no se adapta al entorno y por ende se presentan permanentemente dificultades en uno o más integrantes del sistema familiar, y que al relacionarse con otro de sus miembros genera un ambiente propicio para el nacimiento de patologías, tanto específicas como inespecíficas, como la depresión³.

Se evidencia también, una asociación entre depresión y el ciclo y/o año de estudios, siendo los estudiantes del primer y segundo año de carrera, quienes presentan una mayor tendencia a depresión, lo que no paso con ciclos mayores ($X^2=5,6$; gl:1; IC95%:1.45 - 4.04; $p=0,23$). Sin embargo, estos resultados no guardan relación a lo encontrado por Solorzano (2015)³⁹ quien no encontró asociación entre los años de estudio y la depresión en los estudiantes de medicina de una universidad particular en Cuenca (Ecuador). Por el contrario, si son similares a los encontrados por Heinen, Bullinger y Kocalevent (2017)³⁸ quienes determinaron una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y los estudiantes del segundo año de medicina.

De igual forma, se puede inferir que existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y el lugar de procedencia; afirmándose que aquellos que proceden de fuera de la provincia de Trujillo presentan una probabilidad 2,24 veces mayor de depresión con respecto a los que procedían de dentro de la provincia de Trujillo (RP=2.24; IC95%:1.71 - 3.32; $p<0.05$). Resultados similares fueron encontrados por Wilkinson, McKenzie, Rudland, Carter y Bell (2016)⁴⁰ quienes determinaron que aquellos estudiantes provenientes de otras ciudades, suelen presentar una mayor tendencia o prevalencia en relación a la depresión. Lo que permite comprender que aquellos estudiantes que provienen de otras ciudades, suelen extrañar a sus familiares, sumado a las preocupaciones que la carrera demanda, la presión por cumplir con las expectativas y la sensación de soledad que experimentan las personas, cuando se alejan por primera vez de su casa, se relaciona de forma directa con las sensaciones de decaimiento o tristeza.

Los resultados también permiten evidenciar, que no existe una asociación entre la depresión y el financiamiento de los estudios, sin embargo, diversas investigaciones consideran que el estado económico, suele ser un factor que desencadena la depresión, debido a los gastos, inversión y costos que los estudiantes deben asumir; motivando a que el estudiante se preocupe diariamente por costear cada requerimiento⁴⁰; sin embargo en el estudio existe la posibilidad de que el hecho de no evidenciar asociación, se deba primordialmente a que al ser una carrera demandante de tiempo, la mayoría de los estudiantes no trabaja para solventar sus gastos y siendo estos costeados, en su mayoría, por las familias, guardando relación por lo emitido por Solorzano (2015)³⁹ quien encontró que el financiamiento de la carrera en un gran porcentaje corría a cargo de la familia (35,9%) coincidiendo también con la investigación de Jara (2008)⁴¹ en que el 69% de los estudiantes tienen a la familia de origen como fuente de financiamiento de sus estudios.

Finalmente, los resultados permiten comprender la relación que existe entre la depresión, un sistema familiar inadecuado y el rendimiento académico en los estudiantes de medicina, permitiendo comprobar que, cuando las figuras parentales no logran brindar un adecuado soporte emocional, esto genera repercusiones a nivel emocional en sus hijos y que se refleja en estados relacionados a la tristeza, decaimiento, poco interés por expresar lo que sienten, aislamiento, así como en el desempeño académico.

V. CONCLUSIONES

1. Existe una asociación entre la presencia de depresión y la disfunción familiar que fue estadísticamente significativa; se pudo afirmar que aquellos con disfunción familiar presentaron una probabilidad 1.74 veces mayor de depresión con respecto a los que no presentaron disfunción familiar. (RP=1,74; IC95%:1.63 - 3.64; $p<0.05$).
2. Se evidencia una prevalencia del 61% en el grupo con depresión y una prevalencia del 35% en el grupo sin depresión en relación a la disfunción familiar.
3. En relación a la prevalencia de los alumnos con depresión según sexo, los resultados indican que los hombres presentan un porcentaje mayor (53%) en comparación con las mujeres.
4. Existe una asociación entre la depresión y el rendimiento académico, confirmándose que aquellos con rendimiento académico desaprobado presentaron una probabilidad 1,52 veces mayor de depresión con respecto a los que presentaron rendimiento académico aprobado (RP=1,52; IC95%:1.26 - 4.71; $p<0.05$).
5. Existe una asociación entre depresión y ciclo de estudios, evidenciándose que los alumnos de los primeros ciclos, de la carrera presenta mayor tendencia a depresión, lo que no paso con ciclos mayores ($X^2=5,6$; gl:1; IC95%:1.45 - 4.04; $p=0,23$).
6. Se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y el lugar de procedencia; afirmándose que los provenientes de otras provincias presentan una probabilidad 2,24 veces mayor de depresión con respecto a los que procedían de dentro de la provincia de Trujillo (RP=2,24; IC95%:1.71 - 3.32; $p<0.05$).

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** A fin de conocer mayor la prevalencia de las dificultades encontradas, se considera pertinente aumentar la muestra de estudiantes de medicina de otras universidades pertenecientes a la zona.
- 2.** Se sugiere tomar en consideración otras variables como el nivel de remuneración, problemas maritales, violencia intrafamiliar y red social.
- 3.** Se recomienda brindar o hacer de conocimiento los resultados a los encargados del bienestar del estudiante de la facultad, para que conozcan la realidad encontrada y puedan emplear estrategias como charlas psicológicas, orientación o soporte emocional.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los derechos Humanos. Artículo 16.3. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217:1948.
2. Ares P. Psicología de familia: una aproximación a su estudio. (1 ed.). Cuba: Félix Varela; 2002
3. Balistieri S, Mara A, Tavares D. La importancia del apoyo socio-emocional en adolescentes y adultos jóvenes portadores de enfermedades crónicas: una revisión de literatura. *Enfermería Global*. 2013;1(30): 399 – 409
4. Paz S. Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de medicina. *Revista de la facultad de medicina*. 2006;8(1): 27 - 32.
5. Arranz E. Familia y desarrollo psicológico. México: pearson education. 2010;1(1)
6. Roces C, Tourón J, González M. Validación preliminar del CEAM II (Cuestionario de estrategias de aprendizaje y motivación II). *Psicológica*. 2010;1(16): 347 - 366.
7. Ortega T, De la cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer*. 2009;15(3): 164 - 168.
8. Anderson I, Pilling S, Depression: The Treatment and Management of Depression in adults. Updated edition. England: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists. 2011
9. Marcus M, Yasamy M, Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression a Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse .2011;44(12)
10. Hankin B. Adolescent depression: description, causes, and interventions. *Epilepsy Behav*. 2008;8(1)

11. Humensky J, Kuwabara S, Fogel J, Wells C, Goodwin B. Adolescents with Depressive Symptoms and their Challenges with Learning in School. *J Sch Nurs.* 2010;26(5): 377 - 392.
12. Dillaa T, Valladares A, Lizan L, Sacristán J. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. *Aten Primaria.* 2009;41(6): 342 - 348.
13. Zacharopoulou V, Tsironi M, Zyga S, Gialama F, Avraam N. Depressive symptoms among adolescent students in Greek high schools. *Health Psychology Research.* 2014;2(19).
14. Didoni M, Jure M, Ciuffolini B. La familia como unidad de atención enfermera. *Enfermería Comunitaria.* 2009;1(2): 166 - 177.
15. Vaiz B. The violence intrafamiliar, the use of drugs in the couple, from the mistreated woman ' s perspective from a violence intrafamiliar . *Revista latino-am enfermagem .* 2008;1(12): 433 – 438
16. Camacho P, León C, Silva I. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. *Rev Enferm Herediana.* 2009;2(2): 80 – 85
17. Huarcaya M. La familia peruana en el contexto global impacto de la estructura familiar y la natalidad en la economía y el mercado. *Repositorio institucional de humanidades.* 2011;2(5): 13 - 21.
18. Jiménez, R., Hernández A, Nava G, López V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2010;45(3): 225 - 232.
19. Zapata J, Figueroa M, Méndez N, Miranda V, Linares B. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2008;64(1)
20. Cogollo Z, Gómez E, De arco O, Ruiz I, Campo A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat.* 2010;38(4)
21. Osornio L, García L, Méndez R, Garcés L. Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos en Medicina Familiar.* 2009;11(1): 11 - 15.

22. Gaviria S, Rodríguez M, Álvarez T. Calidad de la relación familiar y su asociación con depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2012. Rev chil neuro-psiquiatr. 2012;40(1)
23. Carbonell M. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G). Universitas Psychologica. 2016;15(1).
24. Kleinbaum D. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York:Springer-Verlag publishers; 2011.p78
25. Miranda C, Gutiérrez J, Bernal F, Escobar C. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina con disfunción familiar de la Universidad del Valle. Rev Colomb Psiquiatr. 2010;3(1): 251 – 260
26. Strickland, B, Alic, M, Arcus, D, Baker, H, Beins, B. The Gale Encyclopedia of Psychology. Gale Group. 2012;1(2)
27. Suarez M, Alcalá M. Apgar Familiar: Una Herramienta para detectar Disfunción Familiar. Rev Med La Paz. 2014;20(1): 53 - 57.
28. Real academia española. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario.[Online]. Disponible en: Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow> [Citado 12 Enero 2018].
29. Real academia española. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. [Online]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh> [Citado 12 Enero 2018]
30. Colegio médico del Perú. Código de Ética y Deontología. [Online] Perú; 2009. Disponible en: http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/CODIGO_CMP_ETICA.pdf [Citado 5 Enero 2017]
31. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Conducta Responsable en Investigación. [Online]. Disponible en: <http://www.cri.andeanquipu.org/> [Citado 12 Enero 2018]
32. Franco C, Gutiérrez S, Perea E. Asociación entre depresión bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios. Psicogente 2010 ;14(25)67-75
33. Vargas I, Ramírez C, Cortez J; Farfán A, Heinse G. Factores asociados al rendimiento académico en alumnos de la Facultad de Medicina. Archivos de Medicina Familiar 2009; 11(1):11-15.

34. Galindo S.; Morales I.; Guerrero J. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares. *Asociados, Clínica y Salud*, 2009, 20, (2), 178-179.
35. Tuárez K. Influencia de la disfuncionalidad Familiar y los síntomas depresivos sobre el Rendimiento Académico en los estudiantes de 1er a 8vo semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de las Américas en la ciudad de Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador, 2013.
36. Acosta, P. & Bohórquez, L. Relación entre funcionamiento familiar y desempeño académico en estudiantes de IV semestre de medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogota, 2016.
37. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> [Citado 07 marzo 2018].
38. Heinen I, Bullinger M, Kocalevent R-D. Perceived stress in first year medical students - associations with personal resources and emotional distress. *BMC Med Educ*. 6 de enero de 2017;17(1):4.
39. Solorzano, R. Prevalencia de depresión y factores asociados en los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca. Universidad de Cuenca. Ecuador, 2014.
40. Wilkinson TJ, McKenzie JM, Ali AN, Rudland J, Carter FA, Bell CJ. Identifying medical students at risk of underperformance from significant stressors. *BMC Med Educ*. 2 de febrero de 2016;16:43.
41. Jara D. Factores influyentes en el rendimiento académico de estudiantes del primer año de medicina. *An. Fac. med.* . 2008;69(3): 193 - 197.

VIII. ANEXOS

ANEXO 01: Disfunción familiar como factor asociado a depresión en estudiantes de medicina

Autor: Gustavo Gonzalo Jiménez Vigo, alumno del 7° año de Medicina de la UPAO, quien realiza el proyecto de tesis para optar por el título de Médico Cirujano.

El presente estudio busca establecer la asociación existente entre disfunción familiar y depresión de los estudiantes de medicina y de esta manera poder esclarecer un poco más las causas de los grandes índices de depresión en la población estudiantil. Para la cual se aplicará la Escala de depresión de Goldberg en el que cada estudiante indicará la alternativa que considere oportuna según su estado actual, asimismo un cuestionario denominado APGAR FAMILIAR para determinar la funcionalidad en el entorno familiar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA Y LUGAR:

Yo _____, con documento de identidad _____ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el estudiante _____ me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa: Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo estime conveniente y que se me hará devolución escrita de los resultados encontrados en mi persona al finalizar el estudio.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de mi información suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma y Documento Nacional de Identidad:

ANEXO 02:

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Disfunción familiar como factor asociado a depresión en Estudiantes de medicina

TEST DE DEPRESION DE GOLDBERG (EADG)

Edad Sexo F M Fecha

Ciclo de Estudios I CICLO II CICLO III CICLO IV CICLO V CICLO

Promedio Ponderado del ciclo anterior $\geq 10,5$ $< 10,5$

Precedencia Dentro del distrito de Trujillo Fuera del distrito de Trujillo

Financiamiento de los estudios: Autofinanciado Sí No

Instrucciones: Este test consta de 2 grupos de preguntas. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija una respuesta para cada una de las preguntas en ambos grupos, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo la respuesta, afirmativa o negativa, de acuerdo al ítem planteado. Finalmente verifique que no hayan quedado ítems sin responder. Las casillas del final serán llenadas solo por el evaluador.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg		
Subescala de depresión	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total depresión		

ANEXO 03:

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Disfunción familiar como factor asociado a depresión en Estudiantes de medicina

APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					