



# Asociación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en estudiantes de Medicina Humana de una universidad privada

Association between family functioning and depressive symptoms in medical students at a private university

Título corto: Funcionalidad familiar y síntomas depresivos en estudiantes de medicina

Ever Zapata-Vilcahuamán<sup>1</sup> 

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre funcionalidad familiar global y síntomas depresivos en una muestra de estudiantes de Medicina Humana. **Material y métodos:** Estudio transversal en 95 estudiantes de Medicina de una universidad privada de Lima, Perú, que participaron en una encuesta virtual para la recolección de datos clínicos y sociodemográficos. El análisis descriptivo se condujo mediante frecuencias y porcentajes; y para el análisis bivariado se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Para el análisis de la correlación entre los puntajes de depresión y funcionalidad familiar se utilizó la prueba de Spearman, en tanto que la evaluación de factores asociados al puntaje de síntomas depresivos se efectuó con la regresión lineal múltiple. **Resultados:** La funcionalidad familiar global fue predictor negativo de síntomas depresivos ( $\beta = -7,91$ ;  $p = 0,002$ ); y la frecuencia de tipos de acontecimientos vitales estresantes se constituyó en predictor positivo ( $\beta = 5,25$ ;  $p = 0,001$ ). **Conclusión:** Independientemente de otros factores, los estudiantes de Medicina con mayor puntaje de funcionalidad familiar en este estudio muestran menores puntajes de síntomas depresivos.

**Palabras clave:** Relaciones Familiares, Depresión, Estudiantes de Medicina, Perú.

## SUMMARY

**Objective:** To assess the association between global family functioning and depressive symptoms in a sample of human medicine students. **Materials and methods:** A cross-sectional study was carried out in 95 medical students at a private university in Lima, Peru, who participated in a virtual survey to collect clinical and sociodemographic data. Frequencies and percentages were used for the descriptive analysis, and the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis U tests for the bivariate analysis. To assess the correlation between depression scores and family functionality, the Spearman's correlation test was used, whereas the factors associated with the score of depressive symptoms were evaluated through multiple linear regression tests. **Results:** Global family functionality was a negative predictor of depressive symptoms ( $\beta = -7.91$ ;  $p = 0.002$ ), and the number of types of stressful life events ( $\beta = 5.25$ ;  $p = 0.001$ ) constituted a positive predictor. **Conclusion:** Independently from other factors, medical students with higher scores of family functionality in this study, have lower scores for depressive symptoms.

**KEYWORDS:** Family relations; Depression; Students, Medical; Peru.

<sup>1</sup> Universidad de Piura, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.

## INTRODUCCIÓN

La familia cumple un rol de prevención o aparición, así como de desarrollo y mantenimiento de problemas de salud mental entre sus miembros (1). Los miembros de una familia disfuncional tienen 3,72 veces el riesgo de padecer depresión en comparación con los miembros de una familia funcional (2). Esta asociación cobra relevancia en estudiantes de Medicina, ya que en ellos la prevalencia de síntomas depresivos es mayor a la de la población general (3, 4). En el Perú, se estima que los síntomas depresivos están presentes entre el 23,3 % (5) y 33,6 % (6) de estudiantes de Medicina, mientras que los mismos solo afectan al 6,2 % de la población mayor de 15 años (7).

Según la literatura revisada, existen pocos estudios primarios sobre la asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión en universitarios. Los trabajos realizados en estudiantes de ciencias de la salud han medido de manera global la funcionalidad familiar (8, 9). Por otro lado, los estudios que analizaron la funcionalidad familiar por dimensiones han empleado instrumentos no validados para universitarios peruanos o tienen definiciones heterogéneas de las dimensiones incluidas (10, 11).

Por este motivo, planteamos el uso de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar IV (FACES IV), instrumento desarrollado a partir del modelo circunplejo de David Olson, que explica la dinámica marital y familiar desde la relación e interdependencia de las dimensiones cohesión (cercanía o conexión emocional), flexibilidad (capacidad de modificar la visión respecto al liderazgo familiar, los roles y las normas), comunicación (destreza para expresar y regular los niveles de cohesión y flexibilidad) y satisfacción (respuesta de agrado o desagrado de las variables anteriores) (12).

El modelo circunplejo, a su vez, posibilita un sistema donde las dimensiones cohesión y flexibilidad pueden tener niveles balanceados o, en sus extremos, desbalanceados. En la cohesión, los extremos son la desunión y el sobreinvolucramiento; mientras que en la flexibilidad lo son la rigidez y el caos. Dichos niveles pueden generar un sistema familiar óptico o posibilitar la aparición de problemas intrafamiliares y/o a nivel personal. La FACES IV tiene la ventaja de poder evaluar las dimensiones mencionadas y sus niveles descritos, además de generar un indicador global (13).

A pesar de que la FACES IV ha sido validada en universitarios peruanos, todavía no se ha aplicado en estudiantes de Medicina para evaluar la disfuncionalidad familiar o su relación con otras condiciones de salud, como la depresión (13). En ese sentido, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los síntomas depresivos y la funcionalidad familiar en estudiantes de Medicina Humana de una universidad de Lima, Perú.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño y ámbito de estudio

Realizamos un estudio observacional de tipo transversal analítico. El estudio fue realizado en una facultad de Medicina Humana de una universidad privada creada en 2017 y ubicada en Lima Metropolitana, Perú. Recolectamos los datos de una muestra de estudiantes en julio de 2022.

### Participantes

La población objetivo estuvo conformada por 409 estudiantes. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por autoselección. El tamaño muestral estimado de 92 participantes fue calculado con Epidat versión 3.1, considerando la estimación de un coeficiente de correlación. Se consideró un coeficiente de correlación lineal de Spearman ( $\rho$ ) de  $-0,3$  (11), un nivel de confianza al 95 % y una potencia de 90 %.

Los criterios de elegibilidad fueron los siguientes: ser estudiante de Medicina Humana, estar matriculado en el primer semestre académico del 2022, y contar con el consentimiento informado en caso de ser mayor de edad, o el asentimiento informado del estudiante y el consentimiento de sus padres en caso de ser menor de edad.

### Variables

La variable dependiente fue la sintomatología depresiva medida a partir del puntaje de síntomas depresivos en los 21 ítems de la versión española del inventario de depresión de Beck (IDB-II), que va de 0 a 62 puntos, validada y adaptada a universitarios peruanos (14). En el presente estudio no se usaron los niveles definidos por el puntaje en la escala, sino que el análisis se realizó considerando la naturaleza numérica discreta del puntaje.

La variable independiente fue la funcionalidad familiar global, que fue medida con el puntaje global de la FACES IV. El puntaje indica el comportamiento predominante del sistema familiar. Un valor más distante de la unidad significa un sistema familiar más

balanceado y, por contraparte, un puntaje debajo de la unidad refleja un sistema más desbalanceado (15).

La funcionalidad familiar global fue calculada como el promedio simple de los puntajes de cohesión y flexibilidad global (15). A su vez, se tiene que:

$$\text{Cohesión global} = \text{Cohesión balanceada} / \frac{(\text{Desunión} + \text{Sobreinvolucramiento})}{2}$$

$$\text{Flexibilidad global} = \text{Flexibilidad balanceada} / \frac{(\text{Rigidez} + \text{Caos})}{2}$$

La dimensión cohesión global tiene tres subdimensiones: cohesión balanceada, desunión y sobreinvolucramiento; la dimensión flexibilidad global también tiene tres subdimensiones: rigidez, flexibilidad balanceada y caos. Cada una de las seis subdimensiones tiene siete ítems que recogen la respuesta en una escala de Likert de cinco categorías, así el puntaje de cada subdimensión varía de 7 a 35 puntos. Las dimensiones comunicación familiar y satisfacción familiar no tienen subdimensiones, cada una tiene diez ítems y sus puntajes van de 10 a 50 puntos (12). Estas dos últimas dimensiones no entran en el cálculo de la funcionalidad familiar global.

Las covariables sociodemográficas fueron las siguientes: edad medida según intervalos (menores de 18 años, entre 18 y 21 años, y mayores de 21 años), sexo (masculino o femenino), autovaloración del índice económico (basado en el cuestionario de Solís) (16), año de carrera (de primer a sexto año), tipo de familia (nuclear, reconstruida, extensa, monoparental, otros), persona que desempeña el rol paterno (padre biológico, padre no biológico), rol materno (madre biológica, madre no biológica). Las covariables clínicas fueron las que siguen: autorreporte de depresión u otras comorbilidades psiquiátricas en el estudiante y su familia; y los tipos de acontecimientos vitales estresantes (ámbito personal, familiar, estudiantil, social y laboral) presentes en las últimas dos semanas.

### **Instrumentos de recolección de datos**

La encuesta virtual fue realizada en Google Forms y tuvo tres partes. Primero, se recogieron los datos clínicos y sociodemográficos mediante doce preguntas cerradas. Segundo, se evaluó la sintomatología depresiva mediante los 21 ítems del IDB-II. Tercero,

se evaluó la funcionalidad familiar global mediante los 62 ítems de la FACES IV. El enlace que conducía a la encuesta fue compartido a todos los estudiantes, de los cuales fueron seleccionados aquellos que cumplieron los criterios de elegibilidad. El consentimiento informado breve fue incluido antes de las tres secciones de la encuesta; a los participantes se les solicitó que marcarán: «sí deseo participar» o «no deseo participar», de manera voluntaria. La encuesta incluyó como dato el código del alumno, con el cual se hizo la limpieza de la base de datos en caso de entradas duplicadas de un mismo individuo.

#### **a) Inventario de depresión de Beck (IDB-II)**

El IDB-II, creado por Aaron Beck en 1996, es un inventario de autorreporte que evalúa la severidad de la depresión en personas mayores de 13 años. Consta de 21 ítems, cada uno evalúa los síntomas clínicos más frecuentes en los pacientes con depresión. Tanto en su versión adaptada al español como para aquella preparada para la población universitaria peruana mayor de 16 años mantiene un alfa de Cronbach de 0,87 para sus 21 ítems (14, 17).

#### **b) Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES IV)**

La FACES IV, creada por David Olson en 2006, es un inventario de autorreporte que evalúa las dimensiones de la funcionalidad familiar en personas mayores de 12 años según el modelo circunflejo de los sistemas marital y familiar de 1979. Consta de 62 ítems que evalúan las ocho escalas de las cuatro dimensiones de funcionalidad familiar descritas anteriormente. Mediante 42 ítems

se evalúan la cohesión y la flexibilidad familiar; y el resto de los ítems evalúan la comunicación y la satisfacción familiar. Este instrumento fue validado para universitarios peruanos con un alfa de Cronbach que oscila entre 0,68 y 0,92 para las ocho escalas del instrumento (13)

### Análisis estadístico

Para el análisis estadístico descriptivo calculamos la frecuencia y el porcentaje de las variables. Luego valoramos y comprobamos mediante la prueba de Shapiro-Wilks si las variables cuantitativas tuvieron distribución normal. En el análisis bivariado se comparó las medianas de los puntajes de síntomas depresivos entre las categorías definidas por las variables de estudio, para ello se aplicó la prueba U de Mann-Whitney (U) para las variables dicotómicas, o la prueba de Kruskal-Wallis (H) para las variables politómicas.

Para el análisis de correlación aplicamos el estadístico no paramétrico de Spearman entre los puntajes de funcionalidad familiar (global y por las subdimensiones de la escala) y el puntaje de síntomas depresivos (IDB-II). Además, se realizaron los gráficos de dispersión.

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple que incluyó a la variable independiente (puntaje de la funcionalidad familiar global) y otras covariables con valor de  $p < 0,25$  en el análisis bivariado con el puntaje del IDB-II. Verificamos los supuestos que garantizan que las estimaciones de la regresión lineal múltiple sean no sesgadas y eficientes. Para valorar la normalidad se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk; para evaluar la independencia de los errores se usó el estadístico de Durbin-Watson (un valor entre 1,5 y 2,5 indicó independencia); la no colinealidad fue valorada con un factor de inflación de la varianza (FIV)  $< 2,5$ ; y la homocedasticidad fue analizada con la prueba de Breusch-Pagan. Consideramos que los coeficientes de regresión lineal simple ( $\beta$ ) fueron significativos con un valor de  $p < 0,05$ . A pesar de que la regresión lineal múltiple no es el método ideal para modelar los puntajes de las variables cuantitativas discretas, ha sido ampliamente usada para modelar los puntajes de escalas de depresión.

Utilizamos el programa estadístico de Jamovi versión 1.8.4 para realizar los análisis mencionados.

Las tablas fueron realizadas con Microsoft Excel 2016; y los gráficos con GraphPad Prism 9.

El protocolo de investigación de este estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad de Piura (Acta 4/2021 del 10 de noviembre de 2021). Asimismo, se solicitó el consentimiento informado a los estudiantes. El análisis fue realizado en una base de datos anonimizada, una vez que el código del estudiante fuera eliminado culminada la limpieza de la base de datos.

### RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 95 estudiantes. El 57,9 % ( $n = 55$ ) fueron mujeres; el 51,6 % ( $n = 49$ ) tenía entre 18 y 21 años de edad; el 21,5 % ( $n = 20$ ) reportó estar diagnosticado de depresión; el 16,8 % ( $n = 16$ ) reportó otras comorbilidades psiquiátricas; y el 73,7 % ( $n = 75$ ) mencionó haber pasado por más de un tipo de acontecimiento vital estresante (personal, académico, familiar, social o laboral) en las últimas dos semanas. El 53,7 % ( $n = 51$ ) provenía de una familia nuclear; el 47,4 % ( $n = 45$ ) refirió tener un índice económico medio; en el 91,6 % ( $n = 87$ ) y en el 98,9 % ( $n = 94$ ), los padres biológicos (padre y madre, respectivamente) desempeñaron sus roles como padres; el 21,5 % ( $n = 20$ ) tenía el antecedente familiar de depresión; y el 30,1 % ( $n = 28$ ), otros antecedentes familiares psiquiátricos (tabla 1).

La mediana del puntaje de síntomas depresivos para la muestra fue 13; la mitad de la muestra tuvo puntajes entre 6,5 y 28. Encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre la mediana de los puntajes de mujeres y varones (19 vs. 9,5;  $p = 0,018$ ); entre los que tienen padre biológico o no (13 vs. 32,5;  $p = 0,015$ ); ante la presencia o no de depresión (33 vs. 12;  $p < 0,001$ ); ante la presencia o no de comorbilidades psiquiátricas (26 vs. 12;  $p = 0,009$ ); y respecto a la presencia o no de antecedente familiar de depresión (22,5 vs. 12;  $p = 0,037$ ). De manera similar, hallamos una diferencia estadísticamente significativa por año de carrera ( $p < 0,002$ ); asimismo, el mayor puntaje de síntomas depresivos lo obtuvo el grupo que pertenecía al segundo año de la carrera (37,5). A más tipos de acontecimientos vitales estresantes (AVE) presentes en las últimas dos semanas, mayor es la mediana de puntaje de depresión ( $p < 0,001$ ) (tabla 1).

**Tabla 1.** Análisis bivariado entre las características de los estudiantes de Medicina Humana y el puntaje de síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck.

Variables	n	%	Puntaje de síntomas depresivos			Estadístico <sub>a, b</sub>	Valor de p
			Mediana	Cuartil 1	Cuartil 3		
Global	95	100	13	6,5	28	-	-
Edad (años)						0,349 <sup>a</sup>	0,840
< 18	9	9,5	13	12	20		
18 a 21	49	51,6	18	6	34		
> 21	37	38,9	13	8	23		
Sexo						785 <sup>b</sup>	0,018
Femenino	55	57,9	19	8,5	32,5		
Masculino	40	42,1	9,5	3,75	18,5		
Año de carrera						19,4 <sup>a</sup>	0,002
1.º	18	18,9	17,5	12	30,5		
2.º	12	12,6	37,5	26,5	46,5		
3.º	12	12,6	21	13,5	29,5		
4.º	21	22,1	8	5	13		
5.º	15	15,8	10	4,5	17,5		
6.º	17	17,9	10	7	19		
Tipo de familia						5,59 <sup>a</sup>	0,232
Nuclear	51	53,7	10	5,5	24		
Monoparental	11	11,6	20	14	22,5		
Extensa	16	16,8	15	6	24		
Reconstituida	4	4,2	21	18,3	30,8		
Otro	13	13,7	26	10	32		
Rol paterno						167 <sup>b</sup>	0,015
Padre biológico	87	91,6	13	6	26		
Padre no biológico	8	8,4	32,5	19,8	37		
Rol materno						0,145 <sup>b</sup>	0,885
Madre biológica	94	98,9	13	6,25	28,5		
Madre no biológica	1	1,1	16	16	16		
Antecedente familiar de depresión <sup>c</sup>						-2,11 <sup>b</sup>	0,037
No	73	78,5	12	6	26		
Sí	20	21,5	22,5	12,3	33,3		
Otros antecedentes familiares psiquiátricos <sup>c</sup>						772 <sup>b</sup>	0,249
No	65	69,9	12	6	26		
Sí	28	30,1	19	8,25	32,3		
Depresión						215 <sup>b</sup>	< 0,001
No	80	84,2	12	6	21,3		
Sí	15	15,8	33	24,5	47,5		
Comorbilidades psiquiátricas						368 <sup>b</sup>	0,009
No	79	83,2	12	6	24,5		
Sí	16	16,8	26	16,8	48,3		

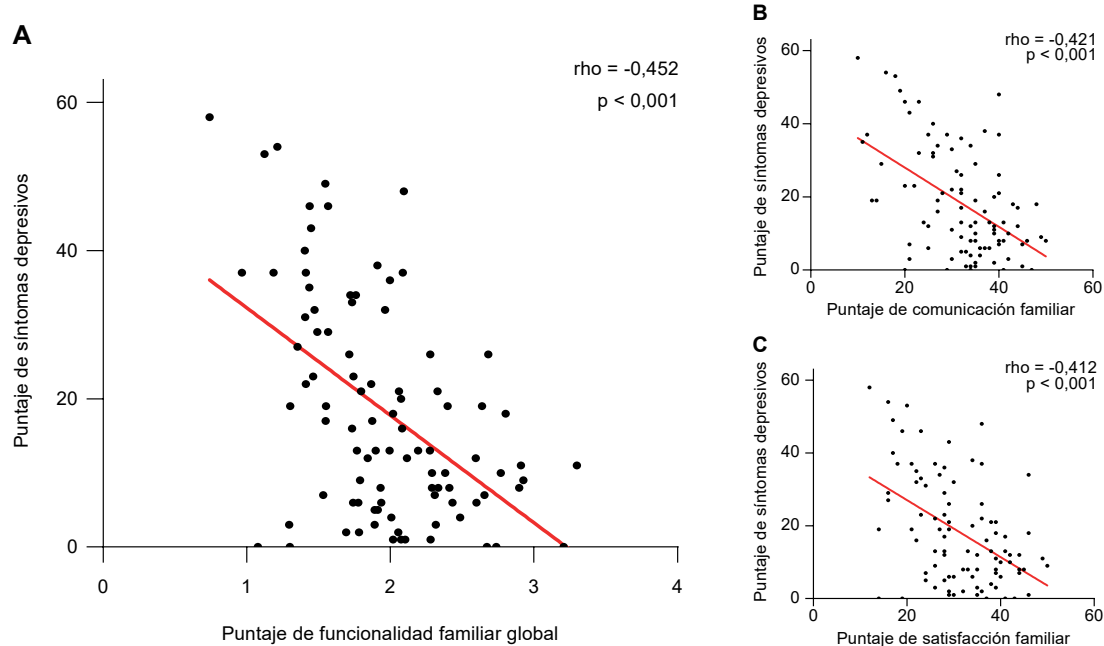
(continuación de la página anterior)

Número de tipos de acontecimientos vitales estresantes						33,1 <sup>a</sup>	< 0,001
0	25	26,3	5	1	11		
1	30	31,6	14,5	7,25	20,5		
2	23	24,2	19	9,5	27,5		
3	12	12,6	36,5	24,8	46		
4	5	5,3	37	27	37		
Índice económico						5,21 <sup>a</sup>	0,157
Muy bajo	4	4,2	6	3,75	14,5		
Bajo	7	7,4	11	8,5	16		
Medio	45	47,4	19	8	34		
Alto	39	41,1	12	6	21,5		

<sup>a</sup> Kruskal Wallis; <sup>b</sup> U de Mann-Whitney; <sup>c</sup> Antecedente familiar de depresión y Otros antecedentes familiares psiquiátricos tienen dos datos perdidos.

Respecto al puntaje de la funcionalidad familiar global, la mediana fue 1,93; los percentiles 25 y 75 correspondieron a los puntajes 1,56 y 2,31, respectivamente. El puntaje mínimo fue 0,74; y el máximo, 3,30. En varones, la mediana del puntaje fue 1,91, mientras que en mujeres fue 2,02; sin embargo, esta diferencia no fue significativa ( $U = 973$ ;  $p =$

0,340). Observamos una correlación lineal inversa significativa entre el puntaje de síntomas depresivos y la funcionalidad familiar global ( $\rho = -0,452$ ;  $p < 0,001$ ). Un hallazgo similar se encontró en la correlación con comunicación familiar ( $\rho = -0,421$ ;  $p < 0,001$ ) y satisfacción familiar ( $\rho = -0,412$ ;  $p < 0,001$ ) (figura 1).



**Figura 1.** Panel de gráficos de dispersión que evalúan la correlación entre los puntajes de funcionalidad familiar global (A), comunicación familiar (B) y satisfacción familiar (C) con el puntaje de síntomas depresivos en estudiantes de Medicina Humana.



En el análisis de regresión lineal múltiple, la funcionalidad familiar global se comportó como predictor estadísticamente significativo del puntaje del IDB-II ( $\beta = -7,91$ ;  $p = 0,002$ ). Ajustamos el modelo a sexo, año de carrera, tipo de familia, rol de padre, antecedente familiar de depresión, antecedente familiar de trastorno psiquiátrico diferente a depresión,

antecedente personal de depresión, antecedente personal de otro trastorno psiquiátrico, número de tipos de AVE e índice económico. De ellos, solo el antecedente personal de depresión ( $\beta = 10,77$ ;  $p = 0,004$ ) y el número de tipos de AVE ( $\beta = 5,25$ ;  $p = 0,001$ ) resultaron estadísticamente significativos (tabla 2).

**Tabla 2.** Predictores del puntaje de síntomas depresivos basado en los puntajes de funcionalidad familiar de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES IV) en estudiantes de Medicina Humana.

Predictor	Coficiente ( $\beta$ )	IC 95 % LI	IC 95 % LS	Valor de p
Intercepto	25,10	10,26	39,93	0,001
Funcionalidad familiar global	-7,91	-12,78	-3,05	0,002
Sexo	-4,00	-8,64	0,64	0,090
Año de carrera	-1,16	-2,44	0,12	0,076
Tipo de familia	0,65	-0,87	2,17	0,396
Rol del padre	0,53	-4,39	5,45	0,831
Antecedente familiar de trastorno psiquiátrico diferente a depresión	-0,07	-5,17	5,04	0,979
Antecedente familiar de depresión	-0,17	-5,85	5,50	0,952
Antecedente personal de depresión	10,77	3,54	18,00	0,004
Antecedente personal de otro trastorno psiquiátrico	1,57	-5,14	8,28	0,644
Número de tipos de AVE	5,25	3,22	7,27	<0,001
Índice económico	1,43	-1,48	4,34	0,332

$R^2$  ajustado = 0,542

El modelo descrito cumplió con los supuestos de normalidad (estadístico de Shapiro-Wilk = 0,987), la independencia de errores (estadístico Durbin-Watson = 2,09), no colinealidad (rango de valores del VIF = 1,12-1,55) y homocedasticidad (prueba de Breusch-Pagan: estadístico = 18,6;  $p = 0,069$ ).

## DISCUSIÓN

Encontramos que los estudiantes de Medicina Humana con mayor puntaje de funcionalidad familiar global tuvieron un menor puntaje de síntomas depresivos. Además del puntaje de funcionalidad familiar global, el antecedente personal de depresión y el número de tipo de AVE fueron otros predictores independientes que generaron más cambios en el puntaje de síntomas depresivos. Entre los estudiantes de sexo femenino o del segundo año de carrera de nuestro estudio, fue más frecuente la sintomatología depresiva, de manera similar que en otros estudios (18).

Hallamos una correlación lineal negativa entre funcionalidad familiar global y síntomas depresivos, lo cual es consistente con investigaciones realizadas en el Perú en otro grupo de estudiantes de ciencia de la salud como Psicología ( $\rho = -0,421$ ,  $p < 0,05$ ) (8) y en estudiantes de Medicina a nivel internacional ( $\rho = -0,117$ ,  $p < 0,01$ ) (9). Sin embargo, no se encontró estudios previos que hayan evaluado específicamente la correlación entre funcionalidad familiar medida con la FACES IV y síntomas depresivos en estudiantes universitarios. Algunos estudios han evaluado la asociación entre relaciones familiares y síntomas depresivos. En estudiantes de Medicina brasileños se ha reportado que el control sin afecto materno (bajo cuidado y alta sobreprotección) incrementa el nivel de depresión en 6,54 veces (10). En estudiantes chinos de Medicina se encontró que los hijos de padres autoritarios tienen más riesgo de síntomas depresivos que los hijos de padres democráticos (9). Entre universitarios mexicanos se halló que los síntomas depresivos tienen una correlación negativa

con la comunicación, la cohesión familiar, el tiempo compartido, los roles familiares y trabajo doméstico, la autonomía, la organización y la autoridad-poder (11).

La disfuncionalidad familiar posibilita la aparición de síntomas depresivos. Los hijos de familias funcionales desarrollan habilidades de afrontamiento adaptativo tras interactuar desde la cercanía, la expresión de sentimientos y la empatía con sus parientes (19). Este crecimiento psicosocial es limitado en familias disfuncionales. Por ende, es más probable que los hijos de familias disfuncionales aprendan cogniciones depresivas, especialmente si han observado a sus parientes fracasar en afrontar con éxito experiencias estresantes o traumáticas (20).

Los AVE originan sintomatología depresiva de forma distinta. El estudiante de Medicina suele experimentar estrés al sobrellevar su transición hacia la adultez, en la búsqueda de concretar proyectos personales, en la constante y creciente exigencia académica, en los cambios de hábitos, en la limitada interacción social y familiar, entre otros. La percepción de que la acumulación de situaciones a enfrentar sobrepasan sus capacidades y recursos disponibles, independientemente de si esta percepción refleja o no la realidad, genera un impacto emocional negativo (21).

El mayor puntaje de síntomas depresivos de los alumnos con diagnóstico previo de depresión se explica, principalmente, por la buena concordancia que existe entre los instrumentos que emplea el autorreporte y las entrevistas psiquiátricas realizadas por el médico especialista. Este hallazgo ratifica la utilidad de la aplicación de instrumentos como el IDB-II, pues permite identificar la depresión en etapas tempranas de vida, lo cual, desde un punto de vista clínico, es relevante, ya que el diagnóstico infantojuvenil de depresión suele ser más severo que un diagnóstico en la adultez (22).

Entre las limitaciones, se encontraron las siguientes: primero, el diseño transversal no permite evaluar la temporalidad entre la disfuncionalidad familiar y los síntomas depresivos ni su evolución a lo largo de la carrera; sin embargo, un estudio longitudinal sugiere que la prevalencia de sintomatología depresiva disminuye con el transcurso de los primeros años de la carrera y quienes persisten con síntomas depresivos suelen tener mayor problemas en sus relaciones interpersonales (23). Segundo, el muestreo fue no

probabilístico por autoselección, lo cual genera un sesgo de selección que podría sobreestimar el número de participantes con síntomas depresivos o de percepción de disfuncionalidad familiar. Tercero, el autorreporte puede generar un sesgo de deseabilidad social que afecte las respuestas; sin embargo, la naturaleza anónima de la encuesta buscó reducir dicha posibilidad. Cuarto, el tamaño de la muestra podría haber sido insuficiente para valorar las principales variables en sus categorías originales. Quinto, la extensión de la FACES IV podría disminuir la veracidad al responderla.

Se recomienda que próximos estudios incluyan variables relacionadas según la literatura, como la escolaridad de los padres, la calidad de sueño, el tipo de semestre académico (ciencias básicas o clínicas), los trastornos de ansiedad; asimismo, que se identifique el período de tiempo universitario adecuado para la administración del cuestionario, de manera que se eviten respuestas falso-positivas y se evalúe la posibilidad de aplicar la versión abreviada de la FACES IV (24).

## CONCLUSIÓN

Los estudiantes de Medicina con un mayor puntaje en la escala de funcionalidad familiar — es decir, aquellos que tienen familias más balanceadas — tienen menores puntajes en la escala de síntomas depresivos. Esta asociación se da independientemente de factores como el sexo, el antecedente personal de depresión, el número de tipos de AVE, el índice económico, entre otras covariables.

### Correspondencia:

Ever Stephane Zapata Vilcahuamán

Dirección: Jirón Ricardo Aicardi 261, Santiago de Surco

Código postal: 15038

Correo electrónico: ever.zapata@alum.udep.edu.pe

Teléfono: 997017895

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ozamiz JA. Sucesos vitales y trastornos mentales. En: Álvaro JL, Torregrosa JR, Garrido A, compiladores. Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid: Siglo XXI; 1992. pp. 73-102.
2. Guerrero-Muñoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda-Cañar CA, García-Perdomo HA. Association between family functionality and depression: a systematic review and meta-analysis. Korean J Fam Med [Internet]. 2021; 42(2): 172-180. Disponible



- en: <https://kjfm.or.kr/journal/view.php?doi=10.4082/kjfm.19.0166>
- Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2016; 316(21): 2214-2236. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340>
  - Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci Rep* [Internet]. 2018; 8(1): 2861. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-21243-x>
  - Valle R, Sánchez E, Perales A. Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de Medicina. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2013; 30(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000100011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100011)
  - Obregón-Morales B, Montalván-Romero JC, Segama-Fabian E, Dámaso-Mata B, Panduro-Correa V, Arteaga-Livias K. Factores asociados a la depresión en estudiantes de Medicina de una universidad peruana. *Rev Cuba Educ Méd Super* [Internet]. 2020; 34(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96947>
  - Villarreal-Zegarra D, Cabrera-Alva M, Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. Trends in the prevalence and treatment of depressive symptoms in Peru: a population-based study. *BMJ Open* [Internet]. 2020; 10(7): e036777. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/7/e036777.info>
  - Egusquiza Tello YL. Funcionalidad familiar y depresión en estudiantes de una universidad privada de Lima Norte [tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Privada del Norte; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11537/23059>
  - Shao R, He P, Ling B, Tan L, Xu L, Hou Y, et al. Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC Psychol* [Internet]. 2020; 8(1): 38. Disponible en: <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-020-00402-8>
  - Siqueira-Campos VM, Campos de Deus MS, Carneiro LA, Naghettini AV, Pereira MAD, De Deus JM, et al. Dysfunctional parenting styles are associated with mental disorders and low self-efficacy beliefs in Brazilian undergraduate medical students. *Biomed Res Int* [Internet]. 2021; 2021: 6372922. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2021/6372922/>
  - Díaz Enríquez J. Depresión y funcionamiento familiar en jóvenes universitarios [tesis de licenciatura en Internet]. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México; 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/98730>
  - Olson D. FACES IV and the circumplex model: validation study. *J Marital Fam Ther* [Internet]. 2011; 37(1): 64-80. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>
  - Arce Chorres YA, Jiménez Ipanaque YP. Evidencia de los procesos psicométricos de la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES IV) en estudiantes de las universidades de la ciudad de Piura [tesis de licenciatura en Internet]. Piura: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/52754>
  - Carranza Esteban RF. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en universitarios de Lima. *Rev Psicol Trujillo* [Internet]. 2013; 15(2): 170-182. Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/468>
  - Olson DH. *Faces IV Manual*. Minneapolis: Life Innovations; 2010.
  - Solís Bastos L. Midiendo la situación económica de las familias costarricenses desde las percepciones. En: FCPYS-UNCUYO, editor. *V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS)* [Internet]. Mendoza: Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de La Plata; 2016. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/109250>
  - Sanz J, Perdígón AL, Vázquez C. Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud* [Internet]. 2003; 14(3): 249-80. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/db8e1af0cb3aca1ae2d0018624204529>
  - Quezada-Canalle MA. Factores asociados a trastornos psicológicos en estudiantes de Medicina. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 2017; 17(4). Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1217>
  - García-Méndez M, Méndez-Sánchez MP, Rivera-Aragón S, Peñaloza-Gómez R. Escala de funcionamiento familiar. Propiedades psicométricas modificadas en una muestra mexicana. *Rev Iberoam Psicol* [Internet]. 2017; 10(1): 19-28. Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberco.edu.co/article/view/rip.10103>
  - Iddon JL, Grant L. Behavioural and cognitive treatment interventions in depression: an analysis of the evidence base. *Open J Depress* [Internet]. 2013; 2(2): 11-15. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=31232>
  - Usuga Jerez AJ, Lemos Ramírez NV, Pinzón Ardila JL, Pérez Rivero PF, Uribe Rodríguez AF. Sucesos vitales estresantes, ansiedad y depresión en estudiantes de una universidad privada de Bucaramanga. *Inf Psicol*

- [Internet]. 2021; 21(2): 61-74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8326397>
22. Liu YH, Chen L, Su YA, Fang YR, Srisurapanont M, Hong JP, et al. Is early-onset in major depression a predictor of specific clinical features with more impaired social function? *Chin Med J (Engl)* [Internet]. 2015; 128(6): 811-815. Disponible en: [https://journals.lww.com/cmj/fulltext/2015/03200/is\\_early\\_onset\\_in\\_major\\_depression\\_a\\_predictor\\_of.19.aspx](https://journals.lww.com/cmj/fulltext/2015/03200/is_early_onset_in_major_depression_a_predictor_of.19.aspx)
23. Silva V, Costa P, Pereira I, Faria R, Salgueira AP, Costa MJ, et al. Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2017; 17(1): 184. Disponible en: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-1006-0>
24. Priest JB, Parker EO, Hiefner A, Woods SB, Roberson PNE. The development and validation of the FACES-IV-SF. *J Marital Fam Ther* [Internet]. 2020; 46(4): 674-686. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmft.12423>

Recibido: 14/02/2023

Aceptado: 02/12/2023