



**Pontificia Universidad Católica del
Ecuador**

Facultad de Medicina

**“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”**

Autor:

Karla Elizabeth Tuárez Macías

Director:

Dr. Hernán Chávez

Borrador de Disertación

Quito, 2013

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de los Estudiantes de Medicina de la UDLA.....	82
Gráfico 2: Distribución de los Estudiantes de Medicina de la UDLA por sexo.....	83
Gráfico 3: Distribución de los Estudiantes, según Repitencia.....	84
Gráfico 3.1: Distribución de los Estudiantes, por niveles.....	85
Gráfico 4: Distribución de los Estudiantes, por estado Civil.....	86
Gráfico 5: Distribución de los Estudiantes, por carreras anteriores.....	87
Gráfico 6: Distribución de los Estudiantes, por becas.....	88
Gráfico 7: Distribución de los Estudiantes, por satisfacción.....	89
Gráfico 8: Distribución de los Estudiantes, por complejidad.....	90
Gráfico 9: Funcionalidad Familiar según APGAR FAMILIAR	91
Gráfico 10.1: Cohesión Familiar según FACES III	92
Gráfico 10.2: 2Adaptabilidad Familiar según FACES III	93
Gráfico 11. Síntomas Depresivos según Inventario de Beck	94
Gráfico 12: Síntomas Depresivos en 1er nivel.....	95
Gráfico 13: Síntomas Depresivos en 2do nivel.....	96
Gráfico 14: Síntomas Depresivos en 3er nivel.....	97
Gráfico 15: Síntomas Depresivos en 4to nivel.....	98
Gráfico 16: Síntomas Depresivos en 5to nivel.....	99
Gráfico 17: Síntomas Depresivos en 6to nivel.....	100
Gráfico 18: Síntomas Depresivos en 7mo nivel.....	101
Gráfico 19: Síntomas Depresivos en 8vo nivel.....	102

Gráfico 20: Síntomas Depresivos en sexo femenino.....	103
Gráfico 21: Síntomas Depresivos en sexo masculino.....	104
Gráfico 22: Relación de estudiantes con docentes.....	105
Gráfico 23: Relación de estudiantes con compañeros de clase.....	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Promedio General de estudiantes, por sexo y por nivel.....	107
Tabla 2: APGAR Familiar y Promedio Académico	108
Tabla 3: Síntomas Depresivos y Promedio Académico	109
Tabla 4: Sexo y Síntomas Depresivos	110
Tabla 5: Síntomas Depresivos y Repitencia	111
Tabla 6: Apgar Familiar y Repitencia	112
Tabla 7: Sexo y APGAR Familiar.....	113
Tabla 8: Sexo y Promedio Académico.....	114

ÍNDICE

Agradecimiento.....	1
Dedicatoria	2
Resumen.....	3
Abstract	5
Introduccion	7
CAPÍTULO I.....	8
1. SALUD MENTAL-DEPRESIÓN	8
1.1. Salud Mental	8
1.2. Depresión.....	9
1.3. Epidemiología.....	9
1.4. Etiopatogenia	11
1.4.1. Neurobiología de la Depresión	12
1.4.2. Teorías de los trastornos depresivos	17
1.5. Clasificación de los Trastornos del Estado de ánimo.....	24
1.5.1. Introducción.....	24
1.5.2. Clasificación dicotómica	24
1.5.3. Clasificación según oms/cie-10.....	26
1.5.4. Clasificación según el dsm-iv	27
1.5.5. Episodios afectivos.....	28
1.5.6. Trastornos depresivos	34
CAPÍTULO II.....	43
2. DINÁMICA FAMILIAR- FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	43

2.1.	Definición de familia.....	43
2.2.	Evolución histórica de la familia.....	45
2.3.	La familia y teoría general de sistemas.....	47
2.4.	Tipos de familia	52
2.5.	Características de la familia ecuatoriana.....	54
2.6.	La familia y la migración	57
2.7.	Funciones de la Familia.....	58
2.8.	Hogares Disfuncionales.....	62
CAPITULO III.....		64
3.	PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE: RENDIMIENTO ACADÉMICO	64
3.1.	Definición.....	64
3.2.	Problemas de salud mental y Rendimiento Académico	65
3.3.	Factores determinantes de UN BAJO Rendimiento Académico	68
CAPÍTULO IV.....		73
5.1	Metodología.....	73
5.2	Operacionalizacion de variables:.....	74
5.3	Justificación.....	78
5.4	Objetivos.....	79
5.5	Problemas:	80
5.6	Hipótesis	81
5.7	Resultados.....	82
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN		115
CAPÍTULO VII: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES		122
Bibliografía.....		124

ANEXOS	130
Anexo 1.....	130
Anexo 2.....	134
Anexo 3.....	135
Anexo 4.....	138
Anexo 5.....	140

AGRADECIMIENTO

Agradezco de todo corazón a Dios, por la vida

A mis padres y mis hermanos, por estar siempre conmigo, apoyo incondicional, sobre todo a Emilia, me ayudó mucho en este trabajo, me tuvo paciencia y nos amanecimos muchas noches....

A mis tutores y doctores: Dr. Hernán Chávez, Dr. Gonzalo Montero y Dr. José Mosquera, que con mucha tolerancia y amabilidad me ayudaron en este arduo trabajo

A mi "proeshor" Juan Pablo Holguín Carvajal, por darme ánimos siempre

A mis amigos, porque son pocos pero los mejores....

DEDICATORIA

Todo sacrificio, hecho con amor y voluntad, nunca es en vano, tarde o temprano, tendrá sus recompensas...

El amor por la carrera de Medicina es único, es laborioso y servicial. Hacer de corazón las cosas es el mejor combustible para que resulten bien.

Dedico este trabajo a Dios y a mis padres porque son lo más importante en mi vida, a mi familia, mis amigos y a mi Universidad.

RESUMEN

La frecuencia de depresión en estudiantes universitarios está relacionada con factores sociales, familiares y emocionales. (1) El objetivo en esta investigación es analizar la prevalencia del trastorno de depresión y el grado de funcionalidad familiar en relación a los factores académicos en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UDLA.

El estudio se realizó con una muestra obtenida del correspondiente universo conformado de todos los estudiantes (155 estudiantes) de 1er a 8vo semestre de la facultad de medicina de la UDLA aplicando el Inventario de Depresión de Beck para medir síntomas depresivos y el cuestionario de APGAR familiar y el FACES III para medir grado de funcionalidad familiar, además de emplear encuestas orientadas a la percepción académica de cada estudiante y su relación con el entorno estudiantil.

Se realizó un estudio observacional y transversal con una muestra obtenida mediante muestreo aleatorio estratificado por nivel académico. Las variables que se estudiaron fueron las siguientes: Variables de identificación (género, edad, estado civil, semestre en curso), variables psicológicas (síntomas de depresión mediante el inventario de Beck), variables académicas (rendimiento académico según promedio de notas otorgado por la Universidad de las Américas y según percepción de cada estudiante, niveles de repetición, carrera/s estudiada/s anteriormente, satisfacción académica, complejidad de la carrera y la obtención o no de beca académica), variables sociofamiliares (medido a través del Apgar familiar, FACES III, relación docente-alumno, relación entre compañeros de trabajo).

El análisis se lo hizo mediante computador. Se utilizaron medidas de estadística descriptiva tales como: mediana, promedio aritmético, desviación estándar, distribución de frecuencias y pruebas de significancia de las diferencias encontradas tales como Chi cuadrado y Test exacto Fisher. El error alfa fue del 5%.

En los resultados no se encontraron diferencias significativas con respecto a la disfuncionalidad familiar según FACES III, sin embargo se encontraron diferencias significativas entre tener síntomas depresivos según el Inventario de Beck con

respecto al bajo rendimiento académico. Según el Inventario e Beck se encontró una prevalencia de 87% para síntomas depresivos leves, un 9.4% para síntomas depresivos moderados y un 3.6% para síntomas graves. El sexo masculino tuvo mayor número de casos con sintomatología depresiva positiva; 88.9% de casos leves y un 11.1% de casos moderados respecto al sexo femenino que presentó un 85.7% de síntomas depresivos leves, un 8.6% de síntomas moderados y un 5.7% de síntomas graves. Se encontró según FACES III una prevalencia de tipo de hogar Relacionada-Caótica con un 31% y 50% respectivamente, que difiere del tipo de hogar encontrado según el APGAR FAMILIAR con una prevalencia de hogar Normofuncional de un 96% y hogar con Disfunción Leve con un 4%. El promedio académico de los estudiantes de Medicina de la UDLA fue 7.48 puntos catalogado como "Regular" (58.5% de los estudiantes). Las mujeres tuvieron un mejor promedio académico con respecto a los varones, 7.63 puntos sobre 7.20 puntos, respectivamente. Se encontró un valor de Chi Cuadrado de **0.04** para una cola entre el Sexo y el Promedio Académico "mayor a 7" y menor o igual a 7".

Se recomiendan estudios posteriores para medir otras posibles variables que puedan interferir en el rendimiento académico de los estudiantes.

ABSTRACT

The factors of depression in university students are related to social, family and emotional. (1)The objective of this research was to analyze the prevalence of depressive disorder and the level of family functioning in relation to academic factors in students of the Medicine Faculty of UDLA. The study was conducted with a sample obtained from the universe related to all students (155 students) from 1st to 8th semester of medical school UDLA applying the Beck Depression Inventory to measure depression and family APGAR questionnaire FACES III to measure the family functionality, degree in addition we use surveys geared to teach student's academic perception and its relationship to the student environment.

It was an observational and transversal study obtained by random sampling stratified by educational level.

The variables studied were the following: identifying variables (gender, age, marital status, current semester), Psychological variables (depressive symptoms using the Beck inventory), academic Variables (academic GPA as awarded by the University of the Americas and as each student perception, repetition rates, carrers studied previously, academic satisfaction, and career complexity and getting or not academic scholarship), social and family variables (measured by Apgar family, FACES III, teacher-student relationship, relationship with other students)

The analysis was done by computer. I used descriptive statistical measures such as median, arithmetic mean, standard deviation, and frequency distribution and significance tests of the differences such as Chi square and Fisher Exact Test. The alpha error was 5%. The results found no significant differences according to the FACES III family dysfunction and depressive symptoms according to the Beck Inventory with respect to poor academic performance. According to the Inventory and Beck found a prevalence of 87% for simple symptoms and 9.4% for moderate symptoms and 3.6% for severe depressive symptoms. Males had more number of cases of depression, 88.9% for simple symptoms and 11.1% for moderate symptoms; respect Females that

they had 85.7% of simple depressive symptoms, 8.6% for moderate symptoms and 5.7% for severe symptoms. FACES III was found as prevalence rate-Chaotic Related home with 31% and 50% respectively, which differs from the type of household as the Apgar family found a prevalence of Normofunctional home of 96% and with home with mild dysfunction of 4%.

The average student achievement of Medicine UDLA was 7.48 points classified as "Regular" (58.5% of the all students). Females had a best score with 7.63 points respect males, who had 7.20 points. Sex of the student and the average student achievement of Medicine UDLA had a score of **0.04**. Further studies are recommended to measure other possible variables that may interfere in the academic performance of students.

INTRODUCCION

El **rendimiento académico** ha sido definido como el cumplimiento de las metas, logros u objetivos establecidos en el programa o asignatura que está cursando un alumno. Desde un punto de vista operativo, este indicador se ha limitado a la expresión de una nota cuantitativa o cualitativa y se encuentra que en muchos casos es insatisfactorio lo que se ve reflejado en la pérdida de materias, pérdida del cupo (mortalidad académica) o deserción. (3-4)

Se hace necesario entonces, conocer el tipo de población para la cual va dirigida esta educación, evaluar el perfil del estudiante dentro del escenario familiar, socioeconómico y educativo en el cual se ha desarrollado.

Partiendo de este hecho, se ha estudiado una serie de variables que puedan predecir el rendimiento universitario, entre ellos, las aptitudes intelectuales, perfiles psicológicos, los factores psicosociales y la situación emocional de los estudiantes, las mismas que, en nuestro trabajo de investigación, no serán evaluadas ni medidas con las correspondientes herramientas de trabajo, pero que no dejan de ser influyentes por lo que caben ser mencionadas. (3)

El presente estudio pretende evaluar la situación actual de los estudiantes que estudian Medicina y los factores que influyen en su rendimiento académico. Esta información es necesaria para generar nuevas estrategias metodológicas para la adquisición de conocimiento científico y tecnológico, y estimular fundamentalmente el desarrollo de aptitudes, de valores, y particularmente la formación de un pensamiento crítico e independiente. (6)

CAPÍTULO I

1. SALUD MENTAL-DEPRESIÓN

1.1. SALUD MENTAL

Según la OMS, La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (72)

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (72)

J.C. Flugel, Presidente del Comité del Programa de Conferencias de la OMS, sólo expuso un concepto de salud mental: «La salud mental es considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos» (73)

En la psiquiatría se considera que la salud mental “es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades” (74)

Así llegan a considerar que la salud mental es la capacidad del individuo de adaptarse al ambiente en que vive, así como la capacidad de participar y contribuir en forma constructiva a las modificaciones del ambiente físico y social y conseguir una expresión armoniosa en la realización de sus potencialidades susceptibles de encontrarse en conflicto (74).

1.2. DEPRESIÓN

Se define depresión como una alteración del estado de ánimo que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente y es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, conducta, actividad psicomotora, manifestaciones somáticas y en la forma como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Esta alteración del estado de ánimo se caracteriza por una sensación de abatimiento e infelicidad (2)

También se la define como una variante anormal del estado de ánimo en la que el individuo siente tristeza, desaliento, desesperanza, pesimismo, tendencias autopunitivas, pérdida de interés por su entorno, llanto fácil y concentración en aflicción (34).

1.3. EPIDEMIOLOGIA

Según un estudio realizado en estudiantes de medicina en dos muestras independientes de diferentes grados académicos por la Universidad Autónoma de Tamaulipas en el año 2007, aplicando el Inventario de Beck en su versión de 13 ítems se encontró una prevalencia de 26.9% y 27.2% para sintomatología depresiva moderada. (33)

Un estudio que realizó la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 2011, demostró que, empleando el inventario de Beck en estudiantes de medicina, 25% de ellos demostró positividad en el test con sintomatología depresiva moderada. (35)

Petra-Micu, analizó las características familiares de estudiantes de medicina (médicos internos de pregrado) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) los cuales acudían a los centros de salud como parte de su rotación; Petra-Micu encontró que el 80% de sus padres estaban casados y que la mayoría (78.8%) tenían relaciones positivas con la madre; que existía una mayor satisfacción cuando la madre contaba con una escolaridad identificada como media completa; sus resultados sugieren que el pertenecer a una familia integrada facilita

la conclusión satisfactoria de estudios superiores. Leyva, evaluó depresión y funcionalidad familiar en adolescentes mexicanos encontrando 29.8% de depresión moderada en su muestra; presentándose con mayor frecuencia en las mujeres. Así mismo en los adolescentes con depresión la familia que se identificó con mayor frecuencia fue la Rígidamente-Desvinculada (Rígida-No relacionada). Gaviria encontró que la calidad de la relación familiar influye como un factor protector importante en el riesgo de depresión, su estudio mostró un aumento de riesgo de depresión a medida que disminuía la calidad de la relación familiar. (29)

Otro estudio realizado en estudiantes de Medicina de Corrientes, Argentina en el año 2006 demostró mediante el inventario de Beck una prevalencia de 33.44% de depresión con sintomatología moderada. (36)

Estudios realizados en estudiantes de medicina empleando el inventario de Beck por Gilvens en el 2002 y Moro en el 2005, revelan una prevalencia de 24% y 40% respectivamente para depresión moderada. (2)

En Chile, según la OMS, la depresión ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de AVISA (años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura) en mujeres y de acuerdo a proyecciones internacionales, se calcula que hacia el año 2020 esta patología figurará en el segundo puesto por detrás de las cardiopatías pero delante de todas las demás enfermedades (37).

Un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil, Ecuador durante el año 2006 en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en un grupo de adolescentes con familias desestructuradas, reportó una prevalencia de trastornos depresivos del 22.9% con una relación 3:1 para el género femenino (38).

Otro estudio revela de prevalencia de depresión con sintomatología moderada de la siguiente manera: 9.8% para República Dominicana, 11.7% en Perú, 12% en Argentina, 15% en Brasil y 25% en Chile. Para Europa la prevalencia de depresión es del 18% y para Estados Unidos del 14%. (39)

En Quito, un estudio reciente realizado por servicio de Psiquiatría de la Universidad Central del Ecuador llegó a la conclusión de la prevalencia de un episodio depresivo mayor del 13.4% (por 100 habitantes adultos en 12 meses) muy por encima de la media del 4.9%, con una muestra de 1800 habitantes de zonas urbana y rural de la capital. La depresión en Quito, para el 2011 representó el 19% de todas las consultas y en los primeros cinco meses del año 2012 se elevó al 24.4 % (40).

En conclusión, hablamos de depresión entonces, como una patología muy frecuente en nuestro medio en la población adolescente y adulta que podría ser considerado como un problema de salud pública y que está logrando alcanzar un gran impacto psicoemocional en la calidad de vida de los habitantes de nuestro país.

1.4. ETIOPATOGENIA

El estudio de la depresión ha experimentado en los últimos cincuenta años un avance tan espectacular que ha significado no sólo una nueva conceptualización global de este padecimiento sino una manera distinta de entender el trastorno mental y, en definitiva, la psiquiatría. Para ser más preciso, es en el campo de los trastornos depresivos donde ha surgido por vez primera y se está desarrollando el reciente marco de referencia que se está imponiendo con vigor creciente siguiendo el modelo teórico y empírico de la medicina: la psiquiatría se está transformando desde un arte práctico en una disciplina científica fundamentada en las neurociencias, que va camino a una biología molecular. (42)

Así pues, la etiopatogenia no está dilucidada completamente, pero podemos concretarla en 2 grandes ramas que abarcan los procesos neurobiológicos de la depresión y las teorías del aprendizaje y psicodinámicas implicadas en la misma.

1.4.1. NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

ESTUDIOS ENDOCRINOS

Dentro de la etiopatogenia de la depresión, se han descrito un aumento de la densidad de receptores de serotonina y un decremento en la expresión de la unión al elemento de respuesta del monofosfato de adenosina (AMP) cíclico (CREB) en el cerebro de los suicidas. El agotamiento en la sangre del triptófano, aminoácido precursor de la serotonina, contrarresta rápidamente los efectos beneficiosos de los antidepresivos en los pacientes tratados con éxito. Sin embargo, en los pacientes no tratados, el descenso del estado de ánimo luego de la reducción del triptófano es considerablemente menos marcado, de lo que se deduce que, aunque en la depresión no exista una disfunción serotoninérgica presináptica, su contribución no sería causal, sino accesoria. (50)

Las alteraciones neuroendocrinas que reflejan los signos y síntomas neurovegetativos son:

- Aumento de la secreción de cortisol y de hormona liberadora de corticotropina (CRH).
- Aumento del tamaño de las suprarrenales.
- Descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona.
- Respuesta amortiguada de la tirotrópina (TSH) a la inyección de la hormona liberadora de tirotrópina (TRH).
- El tratamiento antidepresivo normaliza estas alteraciones hipofisopararrenales. La depresión mayor también se acompaña de plusregulación de citosinas proinflamatorias, que se normaliza con la administración de antidepresivos. (50)

Las variaciones diurnas de la gravedad de los síntomas y las alteraciones del ritmo circadiano de varios factores neuroquímicos y neurohumorales sugieren que las diferencias biológicas pueden ser secundarias a un defecto primario de la regulación de los ritmos biológicos. En los pacientes con depresión mayor se encuentran datos constantes de acortamiento del tiempo de comienzo del sueño con movimientos oculares rápidos (REM) (latencia REM), aumento de la densidad del sueño REM y, en algunos pacientes, disminución de la fase IV de sueño profundo de ondas delta lentas.

Los antidepresivos inhiben en términos de horas la captación del neurotransmisor, pero sus efectos terapéuticos suelen aparecer después de varios días, y ello denota cambios adaptativos en los sistemas de segundo mensajero y factores de transcripción, como posibles mecanismos de acción. Se ha demostrado que los antidepresivos regulan la plasticidad neuronal y la supervivencia de neuronas al incrementar la expresión del factor neurotrófico derivado del encéfalo (BDNF) a través de plusregulación de la proteína CREB, y que modifican la reactividad al estrés por un incremento en la transcripción del receptor de glucocorticoides.

Se piensa también que son de máxima importancia en las acciones antidepresivas los efectos secundarios en la activación de las vías de cinasa de proteína activada por mitógeno (MAP) y de cinasa de fosfoinositol 3/AKT, así como la mayor expresión de la proteína antiapoptótica (Bcl-2) (50)

NEUROTRANSMISORES

Existe evidencia de que la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en el sistema nervioso central, intervienen en la fisiopatología de la depresión. A continuación describiremos brevemente el papel de cada uno en esta patología. (48)

Serotonina

La serotonina ejerce una acción importante en el talante, la conducta, movimientos, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y ciclo sueño-vigilia. (48)

La mayoría de la serotonina se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el 9no núcleo que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo que forman el tallo cerebral.

Se produce a partir del triptófano que es transportado a través de la barrera hematoencefálica por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA), que transporta además a la tirosina, valina, leucina e isoleucina.

Por lo tanto, la cantidad de triptófano depende tanto de su concentración como la de otros aminoácidos en el cuerpo. (48)

Los niveles de 5-HIAA metabolito de la serotonina están reducidos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes deprimidos, que cursan con mayor incidencia e intentos de suicidio o actos impulsivos agresivos, lo que sugiere una deficiencia de serotonina en ellos. La serotonina es difícil de ser medida, ya que el 95% es excretada por vía del tracto gástrico intestinal. Una vía confiable, pero menos práctica y más cruenta es medir a través del LCR el ácido 5-hidroxiindol acético (A-5-HIA), posterior a la administración de probenecid.

Su disminución está asociada a cuadros mixtos ansioso-depresivos, fóbicos y trastornos obsesivos compulsivos. Aparentemente la hipoactividad serotoninérgica se asocia a conductas impulsivo-agresivas (49)

El estudio postmortem del encéfalo de suicidas indica alteraciones de la actividad noradrenérgica que incluyen mayor unión a los receptores α_1 , α_2 y beta-adrenérgicos en el locus coeruleus. El hallazgo de concentraciones bajas de triptófano en el plasma, de ácido 5-hidroxiindolacético (el metabolito principal de la serotonina en el cerebro) en el líquido cefalorraquídeo y de la unión del

transportador serotoninérgico de las plaquetas sugiere la participación del sistema de la serotonina. (50)

Dopamina

El papel de la dopamina en la depresión, se basa en que los niveles de ácido homovanílico (AHV) el principal metabolito de la dopamina, esta disminuido en el LCR en pacientes deprimidos con retraso psicomotor y riesgo de suicidio y elevado en las depresiones no psicóticas debido a un incremento del recambio de dopamina, en respuesta a la mayor producción de corticoides.

Esta se puede medir de manera indirecta través del ácido homovanílico presente en la orina. Algunos autores señalan su disminución en las depresiones inhibidas como en la hipodopaminérgica del Parkinson y su aumento en la manía o en depresiones delirantes psicóticas con movimientos anormales (hiperdopaminérgica de las psicosis) (49)

Noradrenalina

El Locus Coeruleus es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA): las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas que incluyen principalmente la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El Locus Coeruleus, estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar al organismo lo necesario para sobrevivir. Es lógico aceptar que el estrés crónico genera depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión, y que las reservas de NA en el LC obviamente tienden a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar. (48)

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva bipolar o unipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar la actividad de la noradrenalina en la sinapsis.

El aminoácido tirosina es el precursor indispensable para la síntesis de la NA. La tirosina es primero convertida a dopa (dihidroxifenilalanina) por la tirosina hidroxilasa. La dopa es convertida a noradrenalina por la enzima dopamina-beta-hidroxilasa. (48)

BASES NEUROANATÓMICAS

Los investigadores, han postulado la importancia de las conexiones límbiconeocorticales en los comportamientos emocionales.

Con la tomografía por emisión de positrones (PET) se demostró, que tanto la tristeza normal como la depresión patológica producen activación límbica (cíngulo e ínsula anterior) y desactivación cortical (corteza prefrontal derecha y parietal inferior) (57-58). Más importante aún, los pacientes deprimidos, que se encuentran en tratamiento, exhiben cambios en las áreas cerebrales involucradas –incremento de la actividad en la corteza y disminución de la actividad en la región límbica– . Los autores postularon que los tratamientos que tienen como blanco cualquiera de las áreas afectadas tales como la psicoterapia cognitivo-conductual (corteza) y los antidepresivos (áreas límbica/cortical) mejoran la actividad funcional de las mismas demostrado por la PET (49)

1.4.2. TEORÍAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

TEORIAS PSICODINÁMICAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Constituyen las primeras teorías psicológicas sobre la depresión. Nacieron dentro del Psicoanálisis. Karl Abraham fue el primero en elaborar una teoría psicodinámica sobre la depresión. Observó que existía una fuerte relación entre depresión y obsesión, que la depresión estaba asociada al sufrimiento de un desengaño amoroso y que muchos depresivos recurrían a la ingesta de líquidos o alimentos para superar la depresión. (70)

Concibió la depresión como una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir, como una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de una gratificación oral. Cuando la persona depresiva experimenta repetidas frustraciones relacionadas con los objetos de sus deseos libidinales en la fase preedípica, se produce una asociación de estas frustraciones con deseos destructivos hostiles. Cuando en su vida posterior se repiten esas frustraciones busca destruir el objeto incorporándolo, interiorizándolo, con lo que la cólera se dirige hacia el propio yo. Así, concibió la pérdida de apetito la atribuye a una defensa del paciente contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto de amor. (70)

Freud diferenció las reacciones depresivas normales "melancolía" de las debidas a la pérdida de un ser querido ("duelo"). Ambas presentaban los mismo síntomas, pero la melancolía se caracterizaba además por una gran disminución de la autoestima (autorreproches, expectativas irracionales de castigo inminente) e incapacidad de reconocer la causa de su tristeza. (70)

Para minimizar el impacto de pérdida del objeto amado, el niño interioriza una representación de ese objeto, lo introyecta. Como consecuencia, la ira dirigida hacia el objeto perdido es ahora dirigida hacia una parte del propio yo del niño. Pero Freud en sus últimos escritos interpretaba la depresión como la existencia de un superyó excesivamente exigente. (70)

Las teorías psicodinámicas recientes siguen postulando la pérdida del objeto amado como factor clave de la depresión, pero no comparten la hipótesis de la ira interiorizada. Las pérdidas tempranas han hecho que la autoestima dependa de la aprobación y el afecto de los demás. Así, se ven incapaces de superar la frustración cuando son rechazados, criticados o abandonados. En la vida adulta conducen a la depresión si el individuo experimenta una nueva pérdida. De este modo las pérdidas en la infancia son un factor de vulnerabilidad, de diátesis. La comprobación empírica de tales mecanismos presenta serias dificultades metodológicas y de irrefutabilidad. (70)

La reciente formulación psicoanalítica en términos de diátesis-estrés tiene puntos en común con las teorías de corte cognitivo. Blatt, Bowlby y cols han postulado al menos 2 tipos diferentes de depresión. Los individuos que experimentan la depresión anaclítica, dominada por el otro o dependiente están preocupados por las relaciones interpersonales. Los que experimentan la depresión autocrítica, introyectiva y dominada por las metas están preocupados por cuestiones de logro, autodefinición, autovalía, se autocriticán excesivamente y manifiestan gran cantidad de sentimientos de culpa, de fracaso y de inutilidad. Todos los autores asumen que tales diferencias están basadas en los distintos tipos de experiencias vitales que han conducido a los individuos a su estado depresivo; en el primer caso, conflictos en las relaciones interpersonales, en el segundo, sucesos que han amenazado su autoestima. (70)

TEORÍAS CONDUCTUALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Enfatizan la idea original de Skinner de que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada de la frecuencia de las conductas. Según Ferster, la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio y exceso de conductas de evitación escape ante estímulos aversivos. Señala 4 procesos que, aislados o en combinación, podrían explicar la patología depresiva:

Cambios inesperados, súbitos y rápidos que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo. Ej: Ruptura de un noviazgo. Explicaría por qué en la depresión, tras la pérdida de una única fuente de reforzamiento (pareja) se produce una generalización de efectos a conductas y dominios no relacionados con esa fuente (pérdida de apetito, de interés sexual...). La pareja estaría funcionando como un estímulo condicionado cuya presencia o ausencia indica al sujeto la presencia o ausencia de refuerzo y, por tanto, aumenta o reduce la frecuencia de la conducta. (70)

Programas de refuerzo de gran coste que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio. Ej: estudiar una oposición puede dar lugar a la abulia del opositor tras el primer examen.

Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone una mala adaptación al medio y menos número de refuerzos positivos que produciría una nueva reducción conductual. Ej: estudiantes que se encuentran en un país extranjero. Si los primeros contactos no son muy positivos, el individuo puede evitar esos contactos. (70)

Para Peter Lewinsohn la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Esto conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas. Otros síntomas de la depresión como la baja autoestima y la desesperanza serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. La pérdida de refuerzos positivos podría deberse a: a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente, b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado y c) incapacidad para disfrutar de los reforzadores disponibles debido a altos niveles de ansiedad social. (70)

Lewinsohn señalaba factores mantenedores de la depresión. A corto plazo, la conducta depresiva se mantendría al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno (simpatía, atención, afecto). A largo plazo, la conducta depresiva llegaría a ser aversiva para otras personas, que evitarían al individuo deprimido. (70)

Charles Costello apuntó que el rasgo más característico de las personas deprimidas es la pérdida de interés general por el medio que les rodea debido a una pérdida general de efectividad de los reforzadores. Esto podría ser debido a cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos y a la pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos de una cadena conductual. (70)

TEORÍAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN (PI)

Estas teorías se adscriben a la metáfora del hombre como sistema de PI. El individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. La información sobre sí mismo y sobre el mundo experimenta transformaciones cognitivas y afecta tanto a las respuestas emocionales como conductuales del sujeto, produciéndose una interdependencia entre cognición, emoción y conducta. (70)

– Teoría de Beck

La premisa básica es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el PI que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos y los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando la tríada cognitiva negativa: visión negativa del yo, del mundo y del futuro. (70)

El procesamiento cognitivo distorsionado conduce al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos. Cualquiera que sea la

etiología de ese sesgo (factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos o psicológicos), el procesamiento distorsionado funciona como factor de mantenimiento de la depresión. En muchos casos de depresión no endógena, la etiología tendría que ver con la interacción de 3 factores:

La presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias y actitudes.

Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo.

La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores.

Beck utiliza los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al PI. Los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior. Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información son los esquemas disfuncionales depresógenos. Se diferencian de los esquemas normales en su contenido (reglas, creencias tácitas y actitudes de carácter disfuncional y poco realistas) y en su estructura (más rígidos, impermeables y concretos). (70)

Para que estos esquemas disfuncionales se activen, es necesaria la aparición de un suceso estresante similar a aquellos sucesos que proporcionaron una base para la formación durante el proceso de socialización de los esquemas. Los esquemas disfuncionales son la diátesis cognitiva (factor de vulnerabilidad cognitivo) para la depresión. Antes de su activación, permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del individuo ni se encuentran necesariamente accesibles a la conciencia. (70)

El tipo de estresor que puede activarlos viene determinado por diferencias individuales en la estructura de la personalidad. Esta teoría propone dos dimensiones de personalidad: sociotropía y autonomía. Los esquemas

sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. (70)

Una vez activados, los esquemas depresógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros. Su actuación queda reflejada en ciertos errores sistemáticos:

Inferencias arbitrarias: llegar a una conclusión sin evidencias que la apoyen.

Abstracción selectiva: valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico (ignorando otros elementos).

Generalización excesiva: extraer una conclusión o elaborar una regla a partir de hechos aislados.

Magnificación y minimización: errores al evaluar la magnitud o significación de un acontecimiento.

Personalización: atribuirse sucesos externos sin base para hacerlo.

Pensamiento absolutista y dicotómico: clasificar todas las experiencias en 1 ó 2 categorías opuestas.

Es un modelo de diátesis-estrés. Se plantea una transacción continua con el medio. (70)

– Hipótesis de la activación diferencial de Teasdale

Influido por Beck y Bower postula que cada emoción está representada en la memoria por un nodo específico, el cual está conectado a cogniciones o rasgos asociados. En el caso de la depresión, las cogniciones son negativas.

Cuando un nodo es activado, se experimenta la emoción correspondiente y la activación se propaga a través de las conexiones del nodo para evocar otras manifestaciones de la emoción. (70)

La teoría de Teasdale es un modelo de vulnerabilidad-estrés en el que se asume que el tipo de acontecimientos que provoca una depresión clínica en algunos individuos es capaz de producir un estado de ánimo deprimido transitorio o leve en la mayoría de las personas. El inicio de los síntomas depresivos resulta de la activación del nodo de la depresión tras la ocurrencia de un suceso estresante. Esta activación se propaga a los nodos o constructos cognitivos (negativos) asociados. Si esta actividad cognitiva reactiva los nodos depresivos a través de un mecanismo cíclico, se establece un círculo vicioso que hace que la depresión inicial se intensifique y mantenga. (70)

Según Teasdale, la probabilidad de que este ciclo se establezca depende de si los nodos o constructos cognitivos activados tras la activación inicial del nodo depresivo suponen la interpretación de los acontecimientos que le ocurren al individuo como sucesos altamente aversivos e incontrolables. (70)

Subraya que las interpretaciones depresógenas están en función de diferencias en disponibilidad, que son diferencias individuales en cuanto a los nodos cognitivos que existen en la memoria, y diferencias en accesibilidad, que son diferencias individuales en cuanto a la facilidad con que tales nodos se pueden activar. Además, dependen también de diferencias en cuanto al patrón de sucesos cognitivos que el sujeto exhibe en un estado de ánimo normal (si normalmente puede pensar que es un inútil) y de diferencias individuales en cuanto al patrón de procesos cognitivos activado cuando el sujeto experimenta un estado de ánimo deprimido. (70)

Sugiere que una vez deprimido, la activación de modos cognitivos relacionados con evaluaciones globales negativas de uno mismo o la activación que conduzca a interpretar la experiencia como muy aversiva e incontrolable,

determinan que el estado de depresión empeore, lo que conduce a un círculo vicioso. (70)

A diferencia de la teoría de Beck, no cree que el emparejamiento entre tipo de suceso (tipo de estresor) y tipo de nodos o constructos cognitivos sea un requisito necesario. Recientemente Teasdale ha modificado su hipótesis incluyendo los conceptos de kindling y sensibilización. Para él, a medida que aumenta la experiencia personal de episodios de depresión mayor, se requieren estresores ambientales de menor magnitud para provocar la recaída. (70)

1.5. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

1.5.1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y otros trastornos depresivos. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores. (55)

1.5.2. CLASIFICACIÓN DICOTÓMICA

A continuación presentaremos algunas de las dicotomías más empleadas acerca de la depresión en las pasadas décadas:

Depresión Endógena-Reactiva: Esta clasificación genera controversia y polémica por la contraposición de una visión freudiana con la kraepeliniana; es decir, la discusión entre

causas psicológicas frente a causas biológicas sobre el origen de la depresión, respectivamente. Quizás influyó también el tipo de pacientes que veían psiquiatras como Kraepelin en hospitales (más graves, más crónicos, menos reactivos ante acontecimientos) que los pacientes típicamente menos graves de las consultas privadas psicoanalíticas. Esto nos lleva a la conclusión de que para las depresiones endógenas (biológicas) o las depresiones reactivas (psicosociales), la existencia o no de precipitantes psicosociales resulta irrelevante para poder distinguirlas, sino más bien, difieren entre sí por sus síntomas y no por su etiología, siendo las depresiones endógenas las que tienen mayor sintomatología vegetativa (disminución de peso, insomnio terminal, retardo psicomotor, etc), más síntomas graves (suicidio) y más recurrencia. (68)

- Psicótica-Neurótica: Kendell y Gourlay en los años 1970, demostraron que bajo estos términos subyace simplemente una distribución unimodal basada en la gravedad sintomatológica. Debido a esta abrumadora impresión conceptual y terminológica entre “psicótico” y “neurótico”, se ha desaconsejado el uso de esta dicotomía clasificatoria. Solo podría emplearse con precisión el término “psicótico” cuando, acompañada al cuadro depresivo, existan delirios o alucinaciones. (68)
- Unipolar-Bipolar: Fue empleada por Leonhard a finales de los años 50. La distinción es puramente descriptiva y sintomatológica y no asume ninguna hipótesis o supuestos implícitos sobre las causas de ambos trastornos. El trastorno bipolar se caracteriza por la aparición de episodios de manía (con o sin episodios depresivos), mientras que el trastorno unipolar se caracteriza porque el sujeto tiene episodios de depresión sin que nunca haya padecido un episodio maniaco, éstos son 10 veces más frecuentes que los bipolares. (68)

- Primaria-Secundaria: Esta dicotomía fue creada por el grupo de la Universidad de San Luis (Missouri) en los años 70. Los trastornos anímicos primarios hacen referencia a cuadros en los que el trastorno del estado anímico (depresivo o bipolar) existe aisladamente, sin la presencia actual o pasada de otro cuadro distinto al afectivo (alcoholismo, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia, trastornos orgánico-cerebrales); por el contrario, los trastornos anímicos secundarios hacen referencia a paciente con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente diferente a la depresión o manía. Se diferenciarían, entonces, por su orden de presentación. La idea es en sí, separar depresiones “puras” o aisladas de otras en las que pueda haber cierta contaminación de otros cuadros médicos o psiquiátricos coexistentes. (68)

1.5.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN OMS/CIE-10

La Codificación Internacional de Enfermedades considera a los trastornos del humor (afectivos) en los siguientes grupos:

- Episodio Maníaco
- Trastorno Bipolar
- Episodios Depresivos
- Trastorno Depresivo Recurrente
- Trastorno del humor (afectivos) persistentes
- Otros trastornos del humor (afectivos)
- Trastornos del humor (afectivos) sin especificación

Resulta ser una clasificación muy meticulosa y extremadamente abierta, por lo que se limitará a emplear la clasificación correspondiente al DSM-IV.

1.5.4. CLASIFICACIÓN SEGÚN EL DSM-IV

El DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) fue creado por la Asociación de Psiquiatría Americana desde la publicación del DSM-III en 1980. Es un sistema preciso en sus criterios operativos y con menos recovecos innecesarios, a diferencia del CIE-10.

El DSM-IV distingue 4 tipos de trastornos del estado de ánimo:

- Episodios Afectivos (Episodio de Depresión Mayor, Episodio Maníaco, Episodio Mixto y Episodio de Hipomanía)
- Trastornos Depresivos (Trastorno Depresivo Mayor-Episodio único, Trastorno Depresivo Mayor-recidivante, Distimia, Otros Trastornos Depresivos)
- Trastornos Bipolares (Bipolar I, Bipolar II, Ciclotimia y Bipolar no especificado)
- Otros trastornos Depresivos (Trastorno Depresivo debido a enfermedades médicas, Trastorno Depresivo inducido por sustancias y Trastorno Depresivo no especificado).

Nos enfocaremos puntualmente a los **episodios afectivos** y a los **trastornos depresivos** que son las patologías que se relacionan con nuestra investigación.

1.5.5. EPISODIOS AFECTIVOS

DEFINICIÓN

Como episodio entendemos el cuadro actual por el cual cursa un paciente. Por afectividad entendemos la manera en que el ser humano se siente afectado por los múltiples acontecimientos de su vida. Existen 3 tipos de sentimientos de afectividad que son: depresivo, maníaco y de angustia. Describiremos a continuación los 4 episodios afectivos que se definen según el DSM-IV que son: Episodio Depresivo Mayor, Episodio Maníaco, Episodio Hipomaníaco y Episodio Mixto. (73)

- **CLASIFICACIÓN, CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

El DSM-IV define 4 tipos de episodios afectivos, a saber:

- Episodio Depresivo Mayor

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños pueden presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), problemas escolares (p. ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un

episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto. (73)

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que pueden durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30%), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor, persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar. La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10%) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años (73).

Como diagnóstico diferencial, un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo). Esto se determina según la

historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. Si hay un episodio depresivo mayor y una enfermedad médica, pero se considera que los síntomas depresivos no son un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica, entonces el trastorno del estado de ánimo primario se registra en el Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio). Por ejemplo, éste sería el caso si el episodio depresivo mayor se considera una consecuencia psicológica directa de sufrir la enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre el episodio depresivo mayor y la enfermedad médica. (73)

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo. Por ejemplo, el estado de ánimo depresivo que se presenta sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se diagnosticará como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos de inicio durante la abstinencia. (73)

En las personas ancianas suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de memoria) son atribuibles a una **demencia** o a un episodio depresivo mayor. Para aclararlo es útil la evaluación médica completa y una valoración del comienzo de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar un episodio depresivo mayor de una demencia. En la demencia suele haber una historia de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que el sujeto con un episodio depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión. (73)

Los episodios depresivos mayores con un estado de ánimo muy irritable pueden ser difíciles de distinguir de los **episodios maníacos con estado de**

ánimo irritable o de los **episodios mixtos**. Esta distinción requiere una evaluación clínica concienzuda de la presencia de síntomas maníacos. Si se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (exceptuando la duración de 2 semanas) casi cada día durante al menos un período de 1 semana, entonces se trata de un episodio mixto.

La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** como en un episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios para ambos, puede diagnosticarse el trastorno por déficit de atención con hiperactividad además del trastorno del estado de ánimo. No obstante, el clínico tiene que ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por la irritabilidad más que por la tristeza o la pérdida de interés.(73)

Un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un **duelo** y no a un episodio depresivo mayor, incluso si son de número y duración suficientes para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, a no ser que persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (73)

Finalmente, hay que señalar que los **períodos de tristeza** son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de entre nueve síntomas), duración (p. ej., la mayor

parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas) y malestar o deterioro clínicamente significativos. (55)

El diagnóstico de **trastorno depresivo no especificado** puede ser apropiado para los cuadros de estado de ánimo depresivo con incapacitación clínica significativa que no cumplen los criterios de duración o gravedad. (73)

– Episodio Maníaco

Es frecuente que los sujetos con un episodio maníaco no reconozcan que están enfermos y que se resistan a los intentos de tratamiento. Pueden viajar impulsivamente a otras ciudades, perdiendo el contacto con los familiares o los cuidadores. Pueden cambiar su vestimenta, el maquillaje o la apariencia personal hacia un estilo más llamativo o sugerente sexualmente, que resulta extraño en ellos. También pueden involucrarse en actividades que tienen una cualidad desorganizada o rara (regalar caramelos o dinero, o aconsejar a cualquier desconocido con el que se encuentren). El episodio maníaco puede acompañarse de juego patológico y comportamientos antisociales. Las consideraciones éticas pueden quedar olvidadas, incluso para personas que habitualmente son tenidas por muy responsables (p. ej., un corredor de bolsa puede comprar y vender valores de forma inapropiada y sin el conocimiento o la autorización de los clientes; un científico puede apropiarse de los hallazgos de otros). El sujeto puede estar hostil y amenazar físicamente a los demás. Algunos sujetos, en especial los que tienen síntomas psicóticos, se vuelven físicamente agresivos o suicidas. Las consecuencias adversas de un episodio maníaco (p. ej., hospitalización involuntaria, problemas legales o problemas económicos graves) a menudo son el resultado del empobrecimiento del juicio y de la hiperactividad. Cuando ya se han superado el episodio maníaco, la mayoría de los sujetos se sienten apenados por su comportamiento durante el episodio maníaco. Algunos sujetos refieren tener los sentidos del olfato, el oído o la visión más finos (p. ej., los colores parecen más brillantes). Cuando hay síntomas catatónicos (p. ej., estupor, mutismo, negativismo y trastornos posturales), se ha de indicar la especificación con síntomas catatónicos.

El estado de ánimo puede cambiar muy rápidamente de la ira a la depresión. Los síntomas depresivos pueden durar unos momentos, horas o más raramente días. No es raro que los síntomas depresivos y los síntomas maníacos aparezcan simultáneamente. El episodio se considera mixto si los criterios para un episodio depresivo mayor y para un episodio maníaco se cumplen cada día durante al menos 1 semana. A medida que se desarrolla el episodio maníaco, suele haber un aumento sustancial del consumo de alcohol o estimulantes, que pueden exacerbar o prolongar el episodio. (73)

– Trastorno Hipomaníaco

Un episodio hipomaníaco se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días. Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de elevado o expansivo), debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores. Esta lista de síntomas adicionales es idéntica a la que define un episodio maníaco excepto en que no puede haber ideas delirantes y alucinaciones. El estado de ánimo durante un episodio hipomaníaco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual del sujeto cuando no está deprimido y tiene que haber un cambio claro de su actividad habitual. Puesto que los cambios del estado de ánimo y de la actividad han de ser observables por otras personas, la evaluación de este criterio suele requerir la intervención de otros informadores (p. ej., los familiares). (73)

En general, los episodios hipomaníacos comienzan de forma brusca, con un incremento rápido de los síntomas en 1 o 2 días. Los episodios suelen durar de

algunas semanas a varios meses y son más breves y con un final más brusco que los episodios depresivos mayores. En muchos casos el episodio hipomaniaco puede ir precedido o seguido de un episodio depresivo mayor. Los estudios disponibles sugieren que un 5-15% de los sujetos con hipomanía acabarán presentando un episodio maniaco. (73)

– Trastorno Mixto

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Las características asociadas de un episodio mixto son parecidas a las de los episodios maníacos y los episodios depresivos mayores. Los sujetos pueden estar desorganizados en el pensamiento o el comportamiento. Puesto que los sujetos con episodios mixtos experimentan más disforia que los que presentan episodios maníacos, pueden ser más proclives a buscar ayuda médica.

Los episodios mixtos pueden surgir de un episodio maniaco o de un episodio depresivo mayor o *de novo*. Por ejemplo, en un sujeto con 3 semanas de síntomas maníacos seguidas de 1 semana de síntomas tanto maníacos como depresivos, se debe cambiar el diagnóstico de trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco, por el trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto. Los episodios mixtos pueden durar de semanas a varios meses y pueden remitir hasta un período con pocos o ningún síntoma o evolucionar a un episodio depresivo mayor. Es mucho menos frecuente que un episodio mixto evolucione a un episodio maniaco. (73)

1.5.6. TRASTORNOS DEPRESIVOS

- **CUADRO CLÍNICO**

Los trastornos depresivos presentan en común síntomas depresivos que pueden ser muy variados de una persona a otra. Pero en general, cualquier persona deprimida es muy probable que presente una serie de signos y síntomas que se pueden reducir en 5 grandes núcleos: (68)

– Síntomas anímicos

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los pacientes deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de los pacientes. Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. (68)

– Síntomas motivacionales y conductuales

Uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en el que se hallan. En efecto, la apatía, la indiferencia y en definitiva, la anhedonia (disminución en la capacidad de disfrute) es, junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo. (68) En su forma más grave, este tipo de inhibición conductual puede llegar al “retardo psicomotor” que es un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta. En casos extremos, este retardo puede llegar al “estupor depresivo”, un estado caracterizado por un mutismo y parálisis motoras casi totales y muy similares al estupor catatónico. (68)

– Síntomas cognitivos

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. Funciones como la memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. Pero aparte de estos déficits formales, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado. En efecto, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro, suele ser negativa. (68)

- Síntomas físicos

La aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico que afecta a un 70-80% de los pacientes depresivos son los problemas de sueño. Normalmente, se trata de insomnio, si bien en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y deseo sexuales. Asimismo, los pacientes deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, entre otros) (68)

- Síntomas interpersonales

Una de las características de las personas depresivas es el deterioro de las relaciones con los demás. De hecho un 70% dice haber disminuido su interés por la gente (Beck, 1976). Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reaccúa aislándoles aún más. (68)

- **CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS**

El DSM-IV encuentra 4 estados correspondientes a esta categoría:

- Trastorno Depresivo Mayor, episodio único
- Trastorno Depresivo Mayor, recidivante
- Trastorno Distímico
- Otros Trastornos Depresivos

En cuanto a la gravedad, el DSM-IV plantea los siguientes niveles:

- Ligeramente: pocos síntomas más que los mínimos necesarios para el diagnóstico y el deterioro laboral o social existe pero es pequeño.
- Moderado: deterioro socio-laboral pequeño.

- Grave no psicótico: presencia de bastantes síntomas más que los mínimos requeridos para el diagnóstico y además existe deterioro marcado ocupacional, social o interpersonal.
- Con características psicóticas: presencia de delirios o alucinaciones.
- En remisión parcial: estado intermedio entre “ligero” y “remisión total”.
- En remisión total: no ha habido signos o síntomas significativos en los pasados seis meses.

Se describirá a continuación, de forma breve, el cuadro clínico, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de cada una de las patologías nombradas anteriormente.

- Trastorno Depresivo Mayor

Se emplea para describir a una persona que presenta un Episodio Depresivo Mayor y que además cumple una serie de condiciones adicionales:

- a. Nunca ha tenido un episodio de manía o hipomanía.
- b. No se trata de un caso de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico. (68)

Se reconocen dos tipos de trastornos depresivos mayor únicamente:

- a. Episodio único: si el episodio actual es el primero en su vida.
- b. Episodio Recidivante: si ha habido algún otro episodio en su vida. (68)

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV, definen a este trastorno cuando se presentan al menos 5 de los siguientes síntomas, diariamente y durante la mayor parte del día durante al menos 2 semanas (68):

- a. Estado de ánimo deprimido: al menos 90% de los pacientes deprimidos parecen estar tristes, abatidos.
- b. Anhedonia: la disminución del placer en las actividades cotidianas que uno hacía anteriormente con gusto se halla frecuentemente en este tipo de pacientes.
- c. Cambios de peso y/o apetito: el aumento o la disminución del 5% sobre el peso habitual durante 1 mes y que no se deban a condiciones alimenticias estrictas, dietas o condiciones orgánicas, sino que sea visto por el paciente como un problema o como una condición diferente a lo que sucede normalmente.
- d. Trastornos del sueño: se valorará el estado de somnolencia del paciente durante las 24 horas del día, si el sueño es o no reparador para saber si se presenta insomnio o hipersomnia.
- e. Trastornos psicomotores: tanto retardo como agitación psicomotoras. Estos trastornos no solo deben ser percibidos por el paciente, sino por las demás personas también.
- f. Fatiga o pérdida de energía: es importante diferenciar entre la pérdida de energía y la pérdida de interés y que además el paciente refiera sentirse agotado a pesar de no realizar ninguna actividad durante el día.
- g. Sentimientos excesivos de falta de valía, autoreproches o culpa: es importante que el paciente pueda autodescribirse e indicar cómo lo describirían sus familiares o conocidos, puesto que tiene mucha influencia el contexto cultural, religioso y social del paciente.
- h. Dificultad para concentrarse, pensar o tomar decisiones: se debe valorar la capacidad que tiene el paciente para seguir una conversación, concentrarse en el trabajo o atender un programa en la televisión.
- i. Pensamientos recurrentes de suicidio o muerte: entre el 60-80% de los suicidios que se cometen se dan en pacientes

deprimidos. Tener depresión aumenta 30 veces más el riesgo de suicidio respecto al riesgo de la población en general.

– Trastorno Distímico

Los trastornos distímicos son estados depresivos muy prolongados, prácticamente crónicos, que sin llegar a cumplir los criterios exigentes de un estado Depresivo mayor, se caracterizan por la presencia de numerosos síntomas depresivos. Así, si existe la presencia durante un período mayor a 2 años de un estado de ánimo deprimido prácticamente a diario y al menos otros 3 síntomas coexisten con esa tristeza (pesimismo, aislamiento social, fatiga continua) hablamos de un trastorno distímico. (68)

La diferencia fundamental con los trastornos depresivos mayores, es que los trastornos distímicos muestran una sintomatología de tipo semejante pero menos grave, más sostenida en el tiempo y rara vez requieren hospitalización. (68)

Se distinguen 2 tipos de trastornos distímicos:

- a. De comienzo temprano: si ocurre antes de los 21 días la aparición de síntomas, siendo éste un grupo más homogéneo.
- b. De comienzo tardío: si ocurre después de los 21 días la aparición de síntomas. (68)

– Trastornos Depresivos No especificados

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y

depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria) (55).

El diagnóstico de trastorno depresivo no especificado puede ser apropiado para los cuadros de estado de ánimo depresivo con incapacitación clínica significativa que no cumplen los criterios de duración o gravedad. (55)

- **TRATAMIENTO**

Existen varios tipos de antidepresivos que se pueden emplear en los trastornos depresivos. Se mencionará brevemente su eficacia en las distintas entidades.

- Antidepresivos Tricíclicos: Los antidepresivos tricíclicos son drogas emparentadas químicamente con los antipsicóticos de estructura tricíclica como las fenotiazinas y los tioxantenos. La mayoría de los agentes tricíclicos inhiben la recaptación de norepinefrina, serotonina y, en menor medida, dopamina. Estos mecanismos se han postulado como los responsables de las acciones terapéuticas de los tricíclicos. A su vez, los agentes tricíclicos bloquean receptores colinérgicos muscarínicos, receptores histamínicos H1 y receptores alfa 1 adrenérgicos. Estos mecanismos han sido asociados a los diferentes efectos colaterales de los agentes tricíclicos (75)
- Como desventajas de sus efectos secundarios antihistamínicos (sedación) y anticolinérgicos (estreñimiento, sequedad de la boca, dificultad para iniciar la micción, visión borrosa), los antidepresivos tricíclicos continúan siendo usados en los casos de depresiones severas, depresiones con ansiedad y depresiones resistentes a los agentes serotoninérgicos. Antes de indicar el uso de agentes tricíclicos el médico deberá considerar los factores cardiovasculares y ortostáticos que implican dicho tratamiento. Para aquellos pacientes con una

historia de patología cardiovascular o mayores de 40 años resulta indispensable contar con una adecuada evaluación cardiovascular y con un electrocardiograma estándar. (75)

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina: Los ISRSs inhiben a la bomba de recaptación presináptica de serotonina. Esta inhibición de la recaptación aumenta inicialmente la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico, lo que posteriormente produce una regulación "cuesta abajo" de los mismos receptores, incrementando finalmente la transmisión neta serotoninérgica. Se ha sugerido que el efecto sobre la 5-HT produciría sus acciones terapéuticas a través de la estimulación de receptores 5-HT 1A en cuatro vías básicas que parten de los núcleos del rafe: para la depresión se estimularía la vía que va a la corteza prefrontal; para el TOC (Trastorno Obsesivo-Compulsivo) se desinhibiría la que va a los ganglios basales; para el trastorno de pánico la que va a la corteza límbica y al hipocampo, y para la bulimia la que va al hipotálamo. Siendo utilizados con éxitos el trastorno depresivo, A su vez, los ISRS han sido utilizados con éxito en el trastorno disfórico de la fase luteal tardía, en la bulimia nerviosa, en los trastornos de personalidad del *cluster B* y en el trastorno por estrés post-traumático. En estos últimos casos se recomiendan dosis elevadas. (75)
- Antidepresivos Duales: Existen 3 subgrupos principales, los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN) como la venlafaxina, Antagonistas del receptor noradrenérgico alfa 2 cuyo resultado es elevar tanto la disponibilidad de noradrenalina como de serotonina (de ahí su acción dual). La *mirtazapina* sería un ejemplo y los antagonistas de los subreceptores serotoninérgicos 2a e inhibidores de la recaptación de serotonina como por ejemplo: trazodona y nefazodona (78). Han demostrado ser efectivos en

pacientes ancianos y en el amplio espectro de subtipos de depresión mayor, que va desde el retardo psicomotor hasta la agitación. Un rápido efecto clínico debe ser aún más estudiado; en general las respuestas rápidas se han visto con altas dosis. A dosis mayores de 200 mg./día, sin embargo, la eficacia de la Venlafaxina se disminuye por la gran frecuencia de efectos adversos, que lleva a la suspensión del psicofármaco en muchos pacientes. Venlafaxina ha mostrado ser promisorio en el tratamiento de la depresión refractaria y en la prevención de las recaídas al cabo de 1 año (79).

CAPÍTULO II

2. DINÁMICA FAMILIAR- FUNCIONALIDAD FAMILIAR

2.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de ella, número de criados de la misma, aunque no vivan dentro de su casa, conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje." En esta definición, en la cual están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar. (32)

La Organización de Naciones Unidas (ONU), define a la familia como "Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos". (32)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio". (32)

Gabriel Smilkstein, creador del Apgar Familiar, como el "Grupo psicosocial conformado por el paciente y una o más personas, niños y adultos, en los cuales hay un compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros y nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero. (32)

También se la puede definir como la célula fundamental de la sociedad y el medio natural y necesario para la protección de los derechos y el desarrollo integral de sus miembros; por esta razón la familia debe recibir el apoyo y

protección del estado ecuatoriano, para que cada uno de sus integrantes, pueda ejercitar plenamente sus derechos y asumir sus obligaciones. (60)

Berenstein, entiende familia como el conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco determinados en virtud de alguna relación consanguínea real o putativa. Se podría llamar familia al sinnúmero de personas que integran el grupo unido por un parentesco, de otras que, aunque no ligadas por lazos familiares se consideran miembros de la familia. (60)

Etimológicamente, la palabra familia proviene de la voz latina “**fames**” (**hambre**) aún cuando se dice que también proviene de la raíz latina “**famulus**” (**serviente o esclavo doméstico**), pues en un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados de propiedad de un solo hombre. (60)

En el derecho romano la familia era regida por el **pater familias**, quien ostentaba todos los poderes, incluido el de la vida y la muerte, no solo de sus esclavos, sino también de sus hijos huérfanos. Los autores Grossmann y Martínez Alcorta definen a la familia como “La estructura familiar originada en el matrimonio o unión de hecho de una pareja, en la que uno o ambos de sus integrantes tienen hijos provenientes de un casamiento o relación previa”. (60)

Sobre el afecto familiaris, el tratadista Corral Tarciani señala “el gran requisito de la familia de hecho es el ánimo de formar familia, ánimo que es denominado afecto familiaris. En la familia de derecho este ánimo o afecto es presumido por la sola existencia del vínculo jurídico, pero no sucede lo propio, en cambio, en los grupos familiares no matrimoniales en los que se necesita que tal efecto se compruebe”. (60)

2.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FAMILIA

La familia surge como una necesidad de la supervivencia de los hombres, siendo la primera unión entre hombres y mujeres a través del matrimonio, por sexo, sin constituir una pareja, dando lugar a la familia consanguínea y produciéndose relaciones entre hermanos, padres e hijas, etc. En esta etapa no existía una organización familiar como la concebimos ahora; más bien se trataba de un período de transición entre lo animal de la manada y lo humano de las primeras organizaciones sociales (gen, clan, tribu, etc.). (62)

En la época del salvajismo aparece el matrimonio por grupos, dando lugar a la familia *punalúa*. En esta forma de organización familiar, las relaciones sexuales estaban limitadas a los miembros de la tribu.

En la época de la barbarie aparece el matrimonio sindiásmico, dando lugar a ese mismo tipo de familia; ya aquí sí existe la pareja, que permite que tanto el hombre como la mujer tengan relaciones con otros individuos, aunque no sean de la misma tribu.

En la civilización aparece el llamado matrimonio monogámico, que da origen a la familia monogámica causada por la aparición de la propiedad privada que, a su vez, engendra la necesidad de conocer los lazos consanguíneos con el fin de poder transmitir los bienes de herencia. Es decir, con el surgimiento de la familia también surge la división del trabajo (el grupo que se dedica a la pesca, los agricultores, los ganaderos, etc.), apareciendo la división de las clases sociales (62)

El grupo familiar opera como un eslabón de intercambio entre el medio social y el individuo, ya que es una de las fuentes más intensas de aprendizaje social, pues actúa como regulador de las fuerzas provenientes del exterior y del propio medio interno individual. A través de sus funciones reproductiva, económica, afectiva y educativa, se transmiten la experiencia histórico social y valores culturales, enseñanza, normas, convenciones, actitudes y sentimientos

que complementan el proceso educativo y de enseñanza-aprendizaje (3). De ahí que desde la propia historia del surgimiento de la familia, se pueda encontrar la relación estrecha que existe entre la familia, la sociedad y la cultura. (62)

Con respecto a la tipología familiar, no existe un modelo topográfico para definir y diagnosticar a la familia, así como lo hay para las enfermedades psíquicas; por lo tanto, la familia no debe ser considerada y analizada únicamente en su forma exterior, sino de acuerdo con sus propias emociones, pensamientos y conductas. (45)

En el ámbito clínico familiar se ve a la familia como la vida conjunta de individuos pertenecientes, por lo general, a dos o más generaciones: la de los padres (biológicos, adoptivos, sustitutos o padrastros) y la de los hijos (biológicos, adoptivos) (45)

Sabemos entonces, que el estudio de la dinámica familiar nos ayuda a comprender mejor los componentes, funciones e interacciones al interior de la familia. Estos conocimientos son de gran utilidad para los equipos de Atención Integral que se encuentran a cargo de familias y comunidades, y en general para los profesionales de atención primaria. (57)

Comprobaciones empíricas han evidenciado el rol de la familia en la salud y la enfermedad. Dingle y colaboradores en la década de los 60 analizaron familias por un período de tres años para estudiar la incidencia de enfermedades respiratorias y obtuvieron que la incidencia acumulativa de las más comunes de estas enfermedades varíen en dependencia de la intensidad y magnitud de las relaciones familiares. Por otra parte la susceptibilidad al infarto se encontró altamente relacionada con la fragmentación y desorganización de la familia, definida como situaciones de divorcio, separación, hogares monoparentales. (59)

En estudio de caracterización biopsicosocial de las 154 familias de un consultorio médico del municipio Playa, Ciudad de la Habana, en 1994, se obtuvo que la disfuncionalidad familiar estuvo asociada con las condiciones materiales limitadas, con la estructura familiar multigeneracional y con riñas matrimoniales e intergeneracionales. Las familias disfuncionales tenían una incidencia más alta de enfermos crónicos con pobre control de su enfermedad, las mujeres de esas familias no planificaban su reproducción. En esos hogares se concentraban los problemas de alcoholismo, conducta antisocial, promiscuidad, conducta suicida y métodos incorrectos de crianza. (59)

2.3. LA FAMILIA Y TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

La familia constituye el vehículo transmisor por excelencia de la herencia cultural en el aspecto normativo y regulador: costumbres, modales personales, sentimientos y desviaciones de lo establecido y admitido como 'bueno' y socialmente conveniente. (43)

El ambiente familiar tiene la máxima importancia en la integración de la personalidad, en la estructuración afectiva, es prácticamente la única fuente de experiencias del ser humano durante sus primeros años, es pues, notoria la importancia de la organización de la familia respecto al desarrollo físico, psíquico y moral del niño. Es en el ambiente familiar donde los niños pueden recibir algunas perturbaciones provenientes de la disfuncionalidad de sus miembros, esta disfuncionalidad puede presentar las siguientes características (43):

- a. Dinámica patriarcal dominante con sumisión de la mujer y los hijos menores o adolescentes hasta cierta edad.
- b. Irresponsabilidad del padre donde es frecuente que la dinámica familiar sufra un proceso de inversión que obliga a la mujer a asumir toda la responsabilidad del hogar, no sólo en la crianza sino en la adquisición de los recursos materiales para su subsistencia y la de la familia.

- c. Reemplazo de la figura paterna y viceversa por un nuevo compañero, con un efecto directo en la disciplina y control de los hijos, en su desarrollo afectivo y en la forma como ellos se enfrentan a la sociedad.
- d. Problemas de alcoholismo, drogadicción, prostitución por parte de alguno de los miembros integrantes de la familia.
- e. Trastornos de la personalidad y psíquicos como neurosis, psicosis y esquizofrenia.
- f. Convivencia marital, común en la estructura familiar del nivel socioeconómico bajo.

Desde un punto de vista amplio podemos decir que la familia está constituida por los siguientes componentes:

Miembros Individuales: Las familias están constituidas por personas con necesidades de salud específicas para cada una de ellas.

Vivienda y Entorno físico: Las familias desarrollan sus actividades cotidianas en el contexto de una vivienda y entorno que pueden funcionar como elementos protectores de la salud familiar, o por el contrario pueden representarles riesgos.

Grupo Familiar: La dinámica que se desarrolla al interior de la familia, y se traduce por las relaciones entre los miembros, es el gran determinante de los desempeños positivos o negativos de los miembros individuales y de la familia como un todo. (57)

La familia es, entonces, el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocia. En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud. Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo,

encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la trasmisión generacional de valores culturales, ético - morales y espirituales. (59)

La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio. (59)

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. (59)

La familia puede ser considerada como un sistema. Un sistema puede ser definido como un conjunto interactuante de elementos que provocan una organización. Es un grupo de elementos conectados entre sí que forman un todo y muestra propiedades de sus componentes, pero, al separarse en sus partes, se pierden dichas propiedades. Un sistema es un proceso dinámico porque se encuentra en constante movimiento y tiene una equifinalidad u objetivo común (62).

Entre los principios básicos de la Teoría General de los Sistemas tenemos:

Principio de la totalidad. Este principio señala que el todo es mayor que la suma de las partes; por consiguiente, un sistema está constituido por elementos o unidades que están en constante cambio y vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una va seguido por un cambio de las otras unidades.

Principio de la finalidad. Todo sistema tiene un objetivo común; de ahí la necesidad de funcionar en íntima relación.

Principio de la “homeóstasis”. Los sistemas dinámicos están constantemente en estado de proceso de cambio; de ahí que las fuerzas morfogénicas del sistema van a permitir que éste se desarrolle y evolucione. Este principio nos hace recordar las leyes del materialismo dialéctico.

Principio de la causalidad. Considera que los fenómenos de la naturaleza tienen un origen multicausal y no de manera lineal, que era como se entendía hasta esa época.

Principio de la retroalimentación. Todo proceso viviente tiene regulaciones, controles que se establecen a través del proceso de la retroalimentación o "feedback". Este proceso está conectado con el proceso de la información y la entropía.

Principio de los procesos. Son las operaciones o funciones de las partes para lograr la finalidad. Los procesos interaccionales son atractores dinámicos, ya que son repetitivos, continuos, estereotipados, sin principio ni fin, son constantes.

Principios de los elementos. Son las partes o componentes que operan y llevan a cabo las funciones necesarias para lograr la finalidad.

Principio de orden jerárquico. Implica la noción de organización de un sistema, la noción de límites, de jerarquías y de poder. (62)

Por lo analizado hasta ahora, se puede decir que los individuos son seres vivientes que están constituidos por subsistemas biosociales y que constituyen el microsistema; así como, a su vez, ellos forman parte de otro sistema de relación más complejo que es la familia (el mesosistema); y que individuo y familia forman parte de otro mucho más complejo, que es el sistema social (macrosistema). Por tanto, la familia como sistema es la conexión entre el microsistema individuo y el macrosistema sociedad. (62)

En el grupo familiar se dan las condiciones para que ésta sea una unidad de análisis del proceso salud-enfermedad, por cuanto evidencia en su organización, estructura y funcionamiento el estilo de vida individual y grupal familiar, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica relacional.(62)

La familia, con su dinámica relacional entre los miembros, posibilita la cooperación mutua, la flexibilidad de los roles en las tareas, el apoyo entre las contingencias y exigencias de la vida cotidiana llena de aceptación, amor y armonía. Este funcionamiento garantiza la estabilidad y la seguridad necesarias para el ser humano, siempre que el sistema familiar sea funcional. (62)

Concluimos entonces que, el Funcionamiento Familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. (63)

2.4. TIPOS DE FAMILIA

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes (32):

Si analizamos a la familia con un *enfoque psicosocial* y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional.

Según el desarrollo, la familia puede ser (32):

Moderna: se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

Tradicional: es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Arcaica: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

Según su demografía, la familia puede ser (32):

Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).

Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

Según su integración, la familia puede ser (32):

Integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

Semi integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: los conyugues se encuentran separados. (32)

A continuación se describen los tipos de familia más comunes en la actualidad, debiéndose notar que utilizamos el término padre en su acepción plural para referirnos al padre o a la madre (57):

Familia Nuclear: Familia con dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos, incluyendo a la fertilización in vitro o adoptivos.

Familia Extendida: Familia con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos).

Familia Nuclear Ampliada: Familia nuclear que vive con miembros adicionales (amigos, tíos/hermanos, primos, etc).

Pareja sin Hijos: Familia con dos adultos cónyuges que por voluntad propia, imposibilidad de procrear o por su etapa en el ciclo de vida, no tienen ni han tenido hijos en común.

Familia Monoparental: Familia con un solo padre y su(s) hijo(s), (pudiendo tratarse de un padre soltero, separado/divorciado o viudo).

Familia Binuclear: Familia desintegrada en la que parte de los niños de la familia original se queda con padres diferentes (vínculo intenso a través de los hermanos).

Familia Reconstituida: Familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir al hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia. (57)

Los tipos de familia son importantes porque, aun cuando no son concluyentes, pueden tener gran influencia sobre su funcionalidad. Así, una familia monoparental (con un solo padre) y con varios hijos puede desarrollarse de modo totalmente funcional si moviliza los recursos adecuados, sin embargo, este tipo de familia puede dificultar en gran medida una adecuada funcionalidad. (57)

2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA ECUATORIANA

En la actualidad como podemos constatar, la estructura de la familia ha cambiado su vida y pensamiento y si bien la Constitución el artículo 67 señala que el Estado le protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de esos fines, éste mismo artículo reconoce que la familia se constituye por vínculos jurídicos o de hecho y se basan en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes; y esto el legislador constituyente lo ha señalado frente a la realidad social en que vive la humanidad, con permanente cambio y evolución, dándose una transformación al derecho de familia que es consecuencia lógica de los cambios sociales y el Ecuador sin duda alguna es un ejemplo de una realidad social que no se ve en otros países; por esta razón hay que reconocer que habrá que meditar, si la equiparación que hacen de las uniones de hecho al matrimonio, implica una producción de efectos con la entidad necesaria para otorgar a una persona unida voluntariamente a otra el Estado civil de casada, por lo que tales parejas no lo serían de hecho sino más bien de derecho. (60)

De lo manifestado se desprende que nuestra Constitución reconoce la familia en sus diversos tipos y que son las siguientes (61):

a) **La familia de padres separados**, esto es la familia en que los padres se niegan a vivir juntos, no son pareja, pero deben seguir cumpliendo a cabalidad con su rol de padres ante los hijos, por muy distantes que estos se encuentren; aún cuando hay que reconocer que por el bien de los hijos se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad ni maternidad;

b) **La familia de madre soltera**, esto es la familia en que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos; y como es de conocimiento general es la mujer quien en la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos, aunque la doctrina señala que en este tipo de familia, hay que tener presente, que hay distinciones, pues no es lo mismo ser madre soltera, adolescente, joven o adulta;

c) **La familia mono parental**, esto es aquella familia que se constituye por uno de los padres de sus hijos; y esta clase de familia puede tener diversos orígenes:

1. Porque los padres se han divorciado, y los hijos quedan viviendo con uno de ellos, por lo general la madre;

2. Por un embarazo precoz, donde se configura otro tipo de familia, esto es la familia de madre soltera; y,

3. Por el fallecimiento de uno de los cónyuges.

d) **La familia extensa o consanguínea**, se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de

triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos;

e) **La familia nuclear**, derivada del matrimonio heterosexual, que tradicionalmente es la familia básica y cuya base del matrimonio entre un hombre y una mujer;

f) **Las familias homo parentales**, en aquellas sociedades y países, en la cual su legislación ya ha reconocido el matrimonio gay, debiendo señalar que en la Argentina hace pocos meses se reconoció legalmente el matrimonio gay, esto es el matrimonio entre personas del mismo sexo. (61) Durante siglos, el esquema de familia se basó en la figura del padre como jefe de hogar. Entonces aparece la píldora, el divorcio, la inclusión de la mujer en el trabajo y el esquema cambia. Madres solteras empiezan a sostener la casa. En Ecuador un 40,2 por ciento de familias son dirigidas por una madre, según el Censo de 2010. Llega el fenómeno de la migración y hoy existen abuelas y tías al cuidado de nietos y sobrinos. Estos son ejemplos de familias diversas, al igual que los hogares homoparentales (parejas del mismo sexo), como el de Lía y Rosa. De acuerdo con el abogado especialista en Derechos Humanos, Andrés Buitrón, que la Constitución ecuatoriana en su artículo 67, reconozca a la “familia en sus diversos tipos” refleja la transformación que ha tenido el esquema familiar. Además visibiliza no sólo a hogares de madres solteras, sino también a aquellos formados por personas de igual orientación sexual. (76) En el mundo, 14 países permiten la adopción homoparental conjunta. Por lo general, cuando se legaliza el matrimonio entre homosexuales, se conquistan otros derechos como la herencia y la adopción conjunta. Si una pareja ecuatoriana de homosexuales adopta a un menor en un país donde el matrimonio gay es aceptado, al regresar a Ecuador el menor no pierde sus derechos como adoptado. El percance legal surge cuando una unión gay residente en Ecuador desea inscribir a un menor con sus dos apellidos. El Registro Civil no permite la inscripción de un menor cuyos padres son del mismo sexo. Esto sucedió con la pareja de lesbianas británicas que acudieron

en Quito a inscribir a su hija, concebida por inseminación artificial, pero el organismo se los impidió. (76)

Así, al estudiar a la familia ecuatoriana es difícil encontrar algunas características únicas ya que la realidad familiar es muy diversa. Dentro de esta diversidad, se evidencian las familias que tienen una base matrimonial, las de tipo convivencial, las familias producto de relaciones eventuales y múltiples uniones, madres solteras, familias incompletas debido a rupturas conyugales, viudez, etc. (43)

Esto varía de acuerdo a la región geográfica, el nivel cultural y económico, factores que se relacionan generando problemáticas específicas y concretas.

Estudios estructurales de las familias realizados en el Perú, presentan dos tipos polares de familias, denominadas 'patriarcal' e 'igualitaria'. La situación aún incipiente de la familia 'igualitaria' es en parte, porque la reducida participación de la mujer en la Población Económicamente Activa (PEA) de dicho país, la coloca en situación de dependencia económica respecto al marido. Según Lafosse, las mujeres que participan en la PEA podría ser mucho mayor, pero la presencia de rezagos de patriarcado lo impiden. (43)

2.6. LA FAMILIA Y LA MIGRACIÓN

Para abordar la temática del impacto psicosocial, causada por la migración, es necesario referirnos al fenómeno migratorio como el desplazamiento geográfico de un lugar a otro de personas, generalmente por causas económicas o sociales. La migración puede darse en el interior del país o territorio y se denomina migración interna; o, al exterior de un país o territorio y se denomina migración externa.

En los últimos años la salida de ecuatorianos se ha incrementado, en particular hacia los Estados Unidos, y con mayor intensidad hacia Europa, principalmente a España, Gran Bretaña e Italia.

Si bien la mayoría de los flujos migratorios son producto de la pobreza en los países de origen, la migración tiene otros factores relacionados con las condiciones culturales y políticas de los países en desarrollo, que provocan la expulsión de personas a diversos destinos.

Más de dos millones de ecuatorianos que han salido del país tienen el derecho a mantener vínculos espirituales con su nación y raíces familiares, como a disfrutar de la protección de los derechos garantizados por la Constitución Política de la República y por los instrumentos internacionales ratificados por el Ecuador. La Constitución Política de la República, establece que el más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos humanos, tales como: reconocer y proteger a la familia como célula fundamental de la sociedad, garantizar las condiciones que favorezcan integralmente a la consecución de sus fines y, en particular promover el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes y otros grupos vulnerables, entre ellos los migrantes y sus familiares. (77)

En el Seminario sobre el impacto psicosocial de la emigración en las familias que permanecen en sus comunidades de origen, que se llevó a cabo en la ciudad de Azogues, en julio del 2001, en el cual estuvo presente la Dra. Gabriela Rodríguez, Relatora de Naciones Unidas para los derechos humanos de los migrantes, se manifestó que de conformidad con las encuestas realizadas, de 400 entrevistados, 30% ha viajado a Estados Unidos y Europa, y de estas personas, la mayoría tienen problemas de familias desestructuradas. El 60% de padres de niños de escuelas fiscales han salido del país; el 28% de los jóvenes están abandonados por uno de sus padres y el 20% están abandonados por ambos padres. (77)

2.7. FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia, se dice, es la base de la sociedad, se preocupa de la reproducción y del cuidado físico de sus miembros, pues está a cargo del bienestar y desarrollo psicológico y social de cada uno de ellos; por esta razón se considera a la familia como la unidad social básica, donde el individuo se forma desde su niñez, para que

en su edad adulta se conduzca como una persona productiva para la sociedad donde se desarrolle. (61)

Como principios fundamentales del derecho de familia, podemos señalar los siguientes (61):

Prevalencia del interés familiar con la salvedad del interés superior del niño y del adolescente y de la violencia intrafamiliar;

Correspondencia parental; esto es obligaciones tanto del padre como de la madre y hoy inclusive de los parientes cercanos;

Protección especial a la madre y sobre esto responde a la sociedad;

Protección especial a la Jefatura del Hogar, esto es quien ejerce la Jefatura del Hogar tiene derecho a una protección especial;

Valoración productiva del trabajo doméstico; de este modo esta valoración será obligatoria en los casos de divorcio, liquidación de bienes y asistencia económica;

Equidad de género, acciones afirmativas y la utilización de palabras inclusivas, esto es lenguaje de género; y,

El respeto a la diversidad cultural en las formas familiares de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, esto es respetar su cosmovisión, sus leyes internas y practicas consuetudinarias, en cuanto no se viole la Constitución de la República y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos. (61)

Como deberes y derecho familiares, se pueden mencionar los siguientes (61):

Derecho a formar una familia de forma responsable;

Derecho a la seguridad social;

Derecho a participar en el desarrollo de los procesos educativos, esto es incluido a padres madres e hijos;

Responsabilidad del estado en el orden familiar, de tal modo que existe la obligación de dictar:

1. Políticas públicas sobre la niñez la adolescencia, la mujer, la tercera edad y sobre personas discapacitadas;
2. Políticas públicas que permitan un trabajo digno, con una remuneración justa, para cumplir responsabilidades familiares;
3. Políticas públicas sobre educación, alimentación, salud integral, sexual y reproductiva;
4. Políticas públicas, sobre igualdad de acceso a las mujeres, y límites a actividades productivas de ellas, así como programas de educación, de responsabilidad y deberes;

Derecho a la intimidad familiar, esto es a intimidad, inviolabilidad del domicilio correspondencia, etc.

Derecho a la satisfacción de necesidades fundamentales, esto es calidad de vida que satisfaga las necesidades de alimentación, vestuario, salud, vivienda y educación, en un ambiente de afecto y seguridad, y esto le corresponde al estado;

Asistencia a personas con discapacidad y de la tercera edad, esto es brindar cuidado, asistencia material, afectiva y psicológica. (61)

Las funciones de la familia, son entonces, las siguientes (32):

Socialización: Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que asegure la integridad psíquica y se facilite el

adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias. Transformar a los individuos dependientes y ligados a la madre en seres independientes, con actitudes, pensamientos y habilidades propias, capaz de aportar algo nuevo y valioso a la sociedad en la que se desenvuelve, estimulando aprendizaje, iniciativa y realización creativa. Moldear el rol sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres. También puede entenderse como transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con "independencia" para desarrollarse en la sociedad.

Cuidado: Proveer a los miembros de la familia de alimento, vestido, seguridad física y apoyo emocional, atención a la salud y demás satisfactores para un adecuado desarrollo físico y mental, incluyendo las actividades recreativas culturales y educacionales que toda persona requiere. La protección biopsicosocial incluye la satisfacción sexual de la pareja.

Afecto: Entendido como amor, cariño, entrega, comunión espiritual entre los miembros de la familia y su expresión grupal e individual. Definido como el objeto fundamental de "transacción dentro de la familia"

Reproducción: Proveer nuevos miembros a la sociedad, previa decisión consciente y responsable de perpetuación de los hijos.

Estatus: Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes.

2.8. HOGARES DISFUNCIONALES

En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causales principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos. (45)

En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además, las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extrafamiliar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja. (45)

Dentro de un proceso de disolución familiar, el subsistema que se ve más afectado es el filial. Estas alteraciones se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia que, como es de conocimiento general, es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo. (45)

Se habla pues, de un hogar disfuncional, cuando encontramos desatentidas algunas de las siguientes responsabilidades (32):

Cuidado: Esquema de inmunizaciones incompleto, deficientes hábitos alimentarios, detecciones incompletas o no efectuadas, mala higiene personal, violencia intrafamiliar,

Afecto: mala adaptación conyugal, unión marital entre adolescentes, hijos sobreprotegidos, dependencia emocional de la pareja a sus familias de origen.

Socialización: ausencia de uno de los padres, toxicomanías, desempleo o inestabilidad laboral, delincuencia, problemas legales, conflictos con las familias de origen, prostitución, huida del hogar, retraso escolar.

Reproducción: pareja en edad reproductiva sin MPF, embarazo no deseado o no planeado, abortos espontáneos o provocados, disfunción sexual, infertilidad, embarazo en adolescentes, excesivo número de hijos.

Estatus: inestabilidad laboral, enfermedades relacionadas con la pobreza, dependencia económica de las familias de origen, separación o divorcio, incapacidad laboral, cambios repentinos en el nivel socioeconómico, diferentes expectativas entre los padres e hijos, cambios frecuentes de domicilio o ciudad. (32)

CAPITULO III

3. PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE: RENDIMIENTO ACADÉMICO

3.1. DEFINICIÓN

Con el propósito de lograr una definición acorde con el contexto de la presente investigación, se mencionarán algunas definiciones propuestas por María Moliner (2007) en el "Diccionario de uso del Español", así como las encontradas en el "Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española". En el primero se encontró el concepto "rendimiento" que proviene del Latín *relatio*, referido al "producto o utilidad dado por una cosa en relación con lo que consume, cuesta, trabaja"; mientras que en el segundo se encuentra en una de las definiciones la proporción entre el producto o el resultado obtenido y los medios utilizados". (5)

El rendimiento académico ha sido definido como el cumplimiento de las metas, logros u objetivos establecidos en el programa o asignatura que está cursando un alumno. Desde un punto de vista operativo, este indicador se ha limitado a la expresión de una nota cuantitativa o cualitativa y se encuentra que en muchos casos es insatisfactorio lo que se ve reflejado en la pérdida de materias, pérdida del cupo (mortalidad académica) o deserción. (4)

El rendimiento académico entendido como la relación entre el proceso de aprendizaje y sus resultados tangibles en valores predeterminados, es un tema determinante en el ámbito de la educación superior por sus implicaciones en el cumplimiento de la función formativa de las instituciones educativas y el proyecto educativo de los estudiantes. Una reflexión sobre esta temática contribuye a la labor exitosa de formación profesional en la institución y a nivel individual. (5)

Tonconi (2010) define el rendimiento académico como el nivel demostrado de conocimientos en un área o materia, evidenciado a través de indicadores cuantitativos, usualmente expresados mediante calificación ponderada en el sistema vigesimal y, bajo el supuesto que es un "grupo social calificado" el que fija los rangos de

aprobación, para áreas de conocimiento determinadas, para contenidos específicos o para asignaturas. (5)

El rendimiento académico visto como producto del "sistema educativo" es representado con una nota o calificación cuantitativa, la cual es definida como un estatuto simbólico dentro de una escala de 1 a 5 con un rango aprobatorio entre 3 y 5 o "buen rendimiento", y un rango no aprobatorio entre mayor o igual a 1 y menor que 3 ó "mal rendimiento". Para efecto de promoción durante el tránsito académico, la escala se aplica dicotómicamente: se pasa o no; se promociona o no. El supuesto implícito de esta dicotomía se encuentra en que la nota corresponde al proceso de enseñanza y aprendizaje del alumno, en este sentido, se infiere un concepto unilateral, concebido sólo como fruto del esfuerzo. Se ha afirmado que la valoración cuantitativa para el rendimiento académico es simbólica, en otras palabras, se ofrece como una observación objetiva respecto del rendimiento; sin embargo, es una objetividad entre paréntesis y no asumida como una realidad objetiva absoluta, como si fuera independiente del observador, del "mecanismo" mediante el cual se obtuvo y de las circunstancias en que se operó; es decir, no se toma como una observación objetiva *sin* paréntesis. (5)

3.2. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

La mayoría de las investigaciones centradas específicamente en la salud mental de los estudiantes universitarios se han focalizado en estudiar la presencia de síntomas emocionales, particularmente de sintomatología ansiosa y, especialmente, depresiva. Un estudio reciente, en una muestra amplia de estudiantes de la Universidad de Chile, mostró que un 34,8% de ellos mostraba los signos inespecíficos de malestar emocional que mide el GHQ, investigaron si la ansiedad y la depresión aumentan después de la entrada a la universidad en 351 estudiantes de Reino Unido. Estos completaron cuestionarios un mes antes de entrar a la universidad y a mediados del primer año de pregrado. Los resultados mostraron que el 9% de los estudiantes sin síntomas previos se tornaron depresivos a mediados de año, y el 20% se tornó ansioso en un nivel clínico significativo. La ausencia de un grupo control impide atribuir ese incremento exclusivamente al ingreso a la Universidad, pero el alto incremento es sugerente. (74)

Las diferencias metodológicas entre los estudios de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios dificultan la comparación entre las investigaciones. Una revisión de los principales estudios que han empleado el BDI-II en estudiantes universitarios en Europa y Estados Unidos muestra cifras que oscilan entre un 5,2% en Noruega a un 21% en USA. Es necesario destacar que estas cifras corresponden a sintomatología calificada de moderada o grave (puntaje de corte superior a 19). En países no desarrollados la investigación al respecto es menor. Una investigación realizada en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali encontró una prevalencia de 30,3% de sintomatología depresiva, utilizando el BDI. Ovuga, Boardman y Wasserman encontraron un índice de depresión del 16,2% entre los estudiantes de la Makerere University, en Uganda, utilizando el BDI-I. (74)

La medición de la ansiedad presenta especiales dificultades dado que se trata de manifestaciones multicomponentes que se presentan de diferentes formas en distintas situaciones, con la complejidad añadida de no ser claros los criterios para distinguir entre ansiedad normal y patológica. Los estudios que ha empleado el Beck Anxiety Inventory para evaluar sintomatología ansiosa en estudiantes universitarios (en países desarrollados) muestran que el promedio de síntomas oscila en un rango 5,4% a 13,4%. (74)

En Chile, Rioseco et al. realizaron un estudio en la Universidad de Concepción con una muestra de 291 estudiantes, a quienes se les aplicó un instrumento general de autoinforme de síntomas emocionales (SRQ modificado). A una submuestra se le aplicó además la entrevista CIDI, la que permite evaluar la presencia no sólo de sintomatología sino hacer diagnóstico de trastornos específicos de salud mental. Utilizando un puntaje de 5 en el SRQ, identificaron que un 53% de los estudiantes tenía una alta probabilidad de presentar un trastorno ansioso-depresivo. Esta cifra duplicaba la que este equipo de investigadores encontró en la población general. La presencia de sintomatología era mucho más acentuada en los alumnos que cursaban primer año, estabilizándose entre el segundo y quinto año y disminuyendo significativamente en el último. (74)

El consumo abusivo de sustancias y de alcohol en los jóvenes universitarios es otro tema generalizado de preocupación. En el estudio recién citado, el 25% de los estudiantes mostró consumo de alcohol en un nivel de riesgo, indicando la alta frecuencia de esta problemática. (74)

Además de los trastornos **depresivos, ansiosos y el consumo abusivo de alcohol y sustancias**, que constituyen los problemas más comunes que afectan la salud mental de los estudiantes universitarios, existen otras problemáticas que, si bien son menos frecuentes, tienen consecuencias tanto o más graves para su bienestar. Al respecto, sólo se destacó la sintomatología depresiva, que fue abordada en la presente investigación. Estudios han mostrado que entre un 4% y 9% por ciento de las mujeres universitarias padecen trastornos alimentarios, y que un número aun mayor presenta creencias sobre su imagen corporal y sobre los alimentos similares a las de quienes tienen estos trastornos. En Chile, Riffo, Pérez, González y Aranda realizaron un tamizaje de conductas de riesgo de trastornos alimenticios en estudiantes de sexo femenino de la carrera de Medicina de la Universidad de Chile, detectando un 15,6% de alumnas con alto riesgo de padecer trastornos de alimentación. La distribución por año de estudio fue dispar, registrándose una disminución al ascender en los años cursados. (74)

Las conductas autopunitivas se presentan con frecuencia en pacientes de hospitales psiquiátricos, en pacientes no internados y también en poblaciones no clínicas. Se presenta aproximadamente en el 4% de la población general y el 14% de los estudiantes universitarios reporta una experiencia de conducta autopunitiva. Un estudio reciente señala que al menos un 35% de los estudiantes universitarios reportan la ejecución de por lo menos un comportamiento autopunitivo en el curso de su vida. (74)

Las tasas de suicidio consumado en la población, y entre jóvenes en particular, muestran aumentos respecto de décadas anteriores en diversos países. Según los datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud de Chile desde 1985 a 1999, las tasas de suicidio han tenido un aumento gradual en el periodo observado. Este crecimiento se observa en particular en la población

masculina, la que posee por su parte una tasa de suicidios entre 3 a 10 veces más alta que la femenina. (74)

3.3. FACTORES DETERMINANTES DE UN BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO

Los factores determinantes del rendimiento académico pueden ser de orden social, cognitivo y emocional y se clasifican básicamente en tres categorías (10):

- **DETERMINANTES PERSONALES:**

Son factores de índole cuyas interrelaciones se pueden producir en función de variables subjetivas, sociales e institucionales. Comprenden los siguientes parámetros (10):

- Competencia cognitiva
- Motivación académica
- Condiciones cognitivas
- Autoconcepto académico
- Autoeficacia percibida
- Bienestar psicológico
- Satisfacción y abandono con respecto a los estudios
- Asistencia a clases
- Inteligencia
- Aptitudes
- Sexo
- Formación académica previa a la universidad
- Nota de acceso a la universidad

Se dará énfasis en particular a dos parámetros muy importantes, como lo son la motivación académica y el autoconcepto académico.

– Motivación académica

La motivación académica puede ser intrínseca o extrínseca. Se habla de motivación intrínseca al estado psicológico relacionado con los estudios. Es caracterizado por vigor (altos niveles de energía y resistencia mental, mientras se tenga el deseo de invertir el esfuerzo en el trabajo que se está realizando), dedicación (alta implicación en las tareas que se experimenta con entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por lo que se hace) y absorción (alto nivel de concentración en la labor que se está realizando) (10)

Y se habla de motivación extrínseca si se relaciona con aquellos factores externos al estudiante, cuya interrelación con los determinantes personales da como resultado un estado de motivación. (10)

– Autoconcepto Académico

Se halla fuertemente vinculado con la motivación del estudiante y el resultado académico. Se define como el conjunto de percepciones y creencias que una persona posee sobre sí misma, es así como la mayoría de variables personales que orientan la motivación, parten de las creencias y percepciones que el individuo tiene sobre los aspectos cognitivos. (10)

● **DETERMINANTES SOCIALES**

Son factores asociados al rendimiento académico de índole social que interactúan con la vida académica del estudiante, cuyas interacciones se pueden producir entre sí y entre variables personales e institucionales. Se enumeran las siguientes a continuación (10):

- Diferencias sociales
- Entorno familiar
- Nivel educativo de los progenitores o adultos responsables del estudiante
- Nivel educativo de la madre
- Contexto socioeconómico
- Variables demográficas

- **DETERMINANTES INSTITUCIONALES**

Estos determinantes tienen gran importancia en la toma de decisiones, pues se relacionan con variables que en cierta medida se pueden establecer, controlar o modificar. Se enumerarán las siguientes a continuación (10):

- Elección de estudios según el interés del estudiante
- Complejidad en los estudios
- Condiciones institucionales
- Servicios institucionales de apoyo
- Ambiente estudiantil
- Relación estudiante-profesor
- Pruebas específicas de ingreso a la carrera

Los autores que involucran aspectos del ámbito de lo personal aluden a ellos como factores individuales o psicológicos del rendimiento académico. En cuanto tales aspectos pertenecen al contexto más íntimo y esencialmente subjetivo, se agruparon en la dimensión personal. Aquí podemos citar como motivación y exigencia académica el hecho de poseer algún tipo de beca (en el caso de la Universidad de las Américas se disponen de becas completas o parciales y éstas pueden ser por excelencia académica, deportes, hermanos, sociales y culturales, hijos de personal administrativo, entre otras). Esta dimensión atraviesa las otras cuatro dimensiones en cuanto dirige el deseo, la intención y la acción --en gran parte inconscientemente-- de cada sujeto como individualidad manifestándose en su singularidad. Tener en cuenta al individuo

para realizar el análisis del rendimiento académico de los estudiantes, implica recordar que el aprendizaje se construye en la experiencia de cada ser único, irrepetible, que tiene una historia personal, tanto en su forma de escuchar, percibir e interpretar el mundo, como en sus capacidades, aptitudes y el deseo que fundamenta sus búsquedas, dentro de un entramado de vínculos tejidos con —el otro y los otros con los cuales se relaciona en la búsqueda del saber. (6) Así, se citarán 3 tipos de factores que influyen sobre el rendimiento académico inadecuado, a saber:

- **FACTORES INHERENTES AL ALUMNO (6):**

- Falta de preparación para acceder a estudios superiores o niveles de conocimientos no adecuados a las exigencias de la Universidad.
- Desarrollo inadecuado de aptitudes específicas acordes con el tipo de carrera elegida.
- Aspectos de índole actitudinal.
- Falta de métodos de estudio o técnicas de trabajo intelectual.
- Estilos de aprendizaje no acordes con la carrera elegida.

- **FACTORES INHERENTES AL PROFESOR (6):**

- Deficiencias pedagógicas (escasa motivación de los estudiantes, falta de claridad expositiva, actividades poco adecuadas, mal uso de recursos didácticos, inadecuada evaluación, etc.).
- Falta de tratamiento individualizado a los estudiantes.
- Falta de mayor dedicación a las tareas docentes.

- **FACTORES INHERENTES A LA ORGANIZACIÓN ACADÉMICA UNIVERSITARIA(6):**

- Ausencia de objetivos claramente definidos; falta de coordinación entre distintas materias, sistemas de selección utilizados.

CAPÍTULO IV

5.1 METODOLOGÍA

En este proceso de investigación, se realizó un estudio observacional y transversal en la Universidad de las Américas de la ciudad de Quito a los estudiantes de la Escuela de Medicina durante el 2do semestre del año 2012, con una muestra obtenida mediante muestreo aleatorio estratificado por nivel académico que equivale a 106 estudiantes, obtenida en base a la siguiente fórmula:

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

Donde:

N: total de la población (155 estudiantes) UNIVERSO

Z α : 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p: proporción esperada (en este caso 30%=0.3)

q: 1-p (en este caso 1-0.3=0.7)

d: precisión (uso 5%)

n= 106 estudiantes MUESTRA

Las variables que se estudiaron fueron las siguientes: Variables de identificación (género, edad, estado civil, semestre en curso), variables psicológicas (síntomas de depresión mediante el inventario de Beck), variables académicas (rendimiento académico según promedio de notas otorgado por la Universidad de las Américas y según percepción de cada estudiante, niveles de repetición, carrera/s estudiada/s anteriormente, satisfacción académica, complejidad de la carrera y la obtención o no de beca académica), variables sociofamiliares (medido a través del APAGAR familiar, FACES III, relación docente-alumno, relación entre compañeros de trabajo) El análisis se lo hizo mediante computador. Se utilizaron medidas de estadística descriptiva tales como: mediana, promedio aritmético, desviación estándar, distribución de frecuencias y

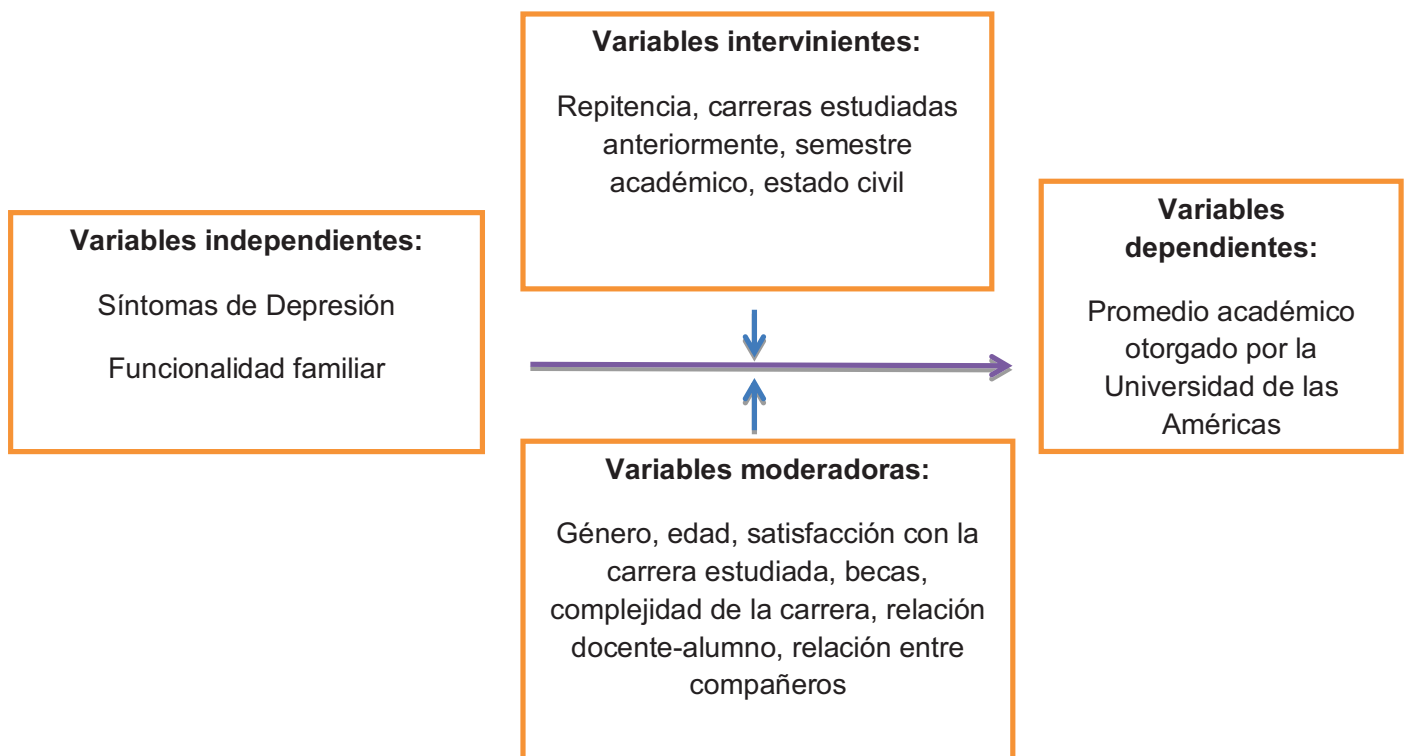
pruebas de significancia de las diferencias encontradas tales como Chi cuadrado y Test exacto Fisher. El error alfa fue del 5%.

5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Indicador	Tipo	Nivel de Medición	Relación
Edad	Edad cumplida en años de los estudiantes	Años cumplidos, promedio	Cuantitativo	Razón	Moderadora
Género	Femenino o Masculino	Masculino o femenino, proporción	Cualitativo	Nominal	Moderadora
Nivel académico	Nivel por el que cursa cada estudiante	Nivel cursando actual, proporción	Cuantitativo	Razón	Interviniente
Estado Civil	Estado de relación sentimental por la que se encuentra cada estudiante.	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado, proporción	Cualitativo	Nominal	Interviniente
Síntomas de Depresión	Intensidad de los síntomas de tristeza por el que se encuentra un individuo según los criterios a medir.	Según escala de Beck: Normal. Leve perturbación del estado de ánimo. Estados de depresión intermitentes. Depresión moderada. Depresión grave. Depresión extrema.	Cualitativa	Nominal	Independiente

Funcionalidad Familiar	<p>Buena calidad de relación y de vida que se encuentra en el hogar.</p> <p>Se medirá en dos dimensiones:</p> <p>Dimensión 1: Apgar familiar</p> <p>Dimensión 2: FACES III</p> <p>Para correlacionar esta información.</p>	<p>Según APGAR Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normofuncional • Disfuncional leve • Disfuncional severo <p>Según FACES III:</p> <p><u>Adaptabilidad:</u></p> <p>Disgregada, Relacionada, Semirrelacionada, Aglutinada</p> <p><u>Cohesión:</u></p> <p>Caótica</p> <p>Flexible</p> <p>Estructurada</p> <p>Rígida</p>	Cualitativa	Nominal	Independiente
Rendimiento académico	Promedio otorgado por la universidad de cada estudiante en el semestre que está cursando.	Promedio Desviación estandar	Cuantitativa	Continua	Dependiente
Repitencia	Valorar a los Estudiantes que hayan repetido alguna vez algún nivel	Sí o No	Cualitativa	Nominal	Interviniente
Carreras estudiadas anteriormente	Estudiantes que hayan estudiado anteriormente	Sí o No	Cualitativa	Nominal	Interviniente

	alguna otra carrera				
Satisfacción con carrera estudiada	Apreciación de la satisfacción por parte de los estudiantes hacia la carrera de Medicina	Sí o No	Cualitativa	Nominal	Moderadora
Becas	Disponibilidad de becas actuales de los estudiantes de Medicina	Sí o No	Cualitativa	Nominal	Moderadora
Complejidad de la Carrera	Apreciación de la complejidad de la carrera de Medicina según los estudiantes	Adecuada Moderada Extrema Nula	Cualitativa	Ordinal	Moderadora
Relación Docente-alumno	Relación habitual entre el alumno y el docente, según la apreciación de cada estudiante	Excelente Buena Mala	Cualitativa	Nominal	Moderadora
Relación entre compañeros de trabajo	Relación habitual entre los compañeros en el área de estudio, según la apreciación de cada estudiante	Excelente Buena Mala	Cualitativa	Nominal	Moderadora



5.3 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación busca analizar los factores que influyen sobre el rendimiento académico de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de las Américas, con el fin de dar una mirada cuantitativa de las variables observables relacionadas con el proceso de aprendizaje y los logros académicos. (6,11)

Se hace necesario entonces, utilizar indicadores de rendimiento, además de disponer del promedio académico concreto, mediante el empleo de pruebas elaboradas para la investigación, ya que estos indicadores han sido frecuentemente estudiados en trabajos que analizan los factores determinantes del rendimiento en universitarios. (10)

La investigación se realiza partiendo de considerar que el rendimiento académico de los estudiantes no se explica única y exclusivamente por las calificaciones obtenidas, sino que considera la existencia de otros aspectos que aportan a su comprensión agrupados básicamente en 3 dimensiones: determinantes personales, determinantes sociales y determinantes institucionales. (11) Es bien conocida, la dificultad que trae consigo cualquier estudio que intente conocer qué circunstancias están influyendo sobre el rendimiento académico por la gran magnitud de variables que se relacionan con él, pero se intenta captar las principales para obtener una buena información.

5.4 OBJETIVOS

Objetivo General:

1. Evaluar y determinar el papel de la familia funcional y la depresión sobre el desempeño académico de los estudiantes de primer a octavo semestre de medicina de la Universidad de las Américas de la ciudad de Quito durante el semestre aprobado correspondiente al año 2012.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las diferencias de los rendimientos académicos según el sexo de los estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina de la UDLA.
2. Determinar la influencia del hogar funcional y la depresión sobre el rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UDLA.
3. Proponer recomendaciones de políticas que puedan contribuir a mejorar el rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UDLA.

5.5 PROBLEMAS:

1. El rendimiento académico es un determinante importante para la satisfacción personal de cada individuo; ello conlleva muchas veces a situaciones de estrés y de presión importantes tanto del individuo como de la familia y de la universidad, por lo que las exigencias propias y colectivas pueden influir en la aparición de estados emocionales como la depresión asociada además a una disfuncionalidad familiar. Otras variables influyentes son el ambiente social, laboral, condición socioeconómica, entre otras.

Por ello es importante indagar qué papel juega la funcionalidad familiar y la depresión en relación al rendimiento académico.

1. ¿Es la depresión un factor asociado al rendimiento académico bajo en los estudiantes de la facultad de Medicina de 1er a 8vo nivel de la UDLA?
2. ¿Tiene la funcionalidad familiar relación con el buen rendimiento académico?

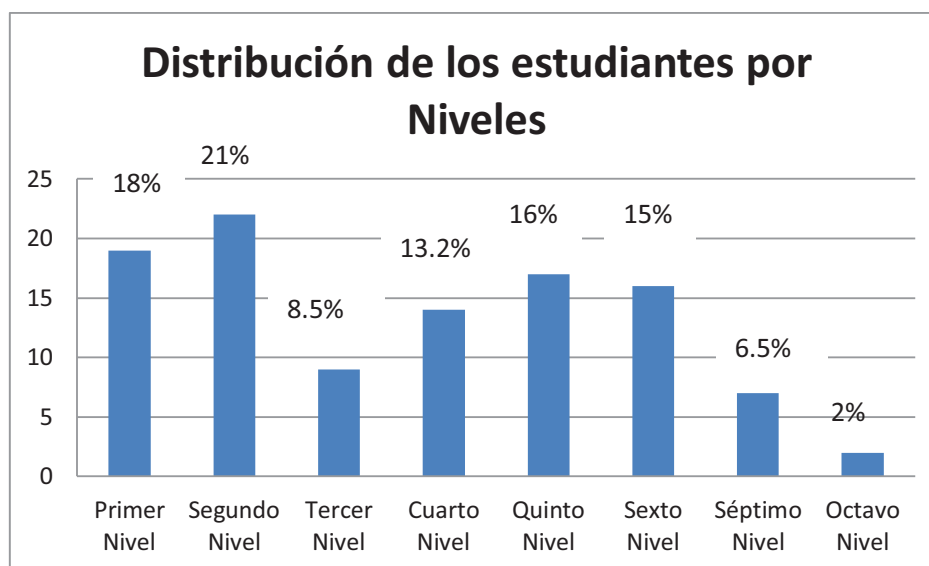
5.6 HIPÓTESIS

1. La presencia de algún grado de disfuncionalidad familiar incide sobre el rendimiento académico de los estudiantes de medicina de la Universidad de las Américas.
2. La presencia de síntomas depresivos incide sobre el rendimiento académico de los estudiantes de medicina de la Universidad de las Américas.

5.7 RESULTADOS

Gráfico 1

Distribución de los Estudiantes de Medicina de la UDLA por Niveles, Noviembre 2012



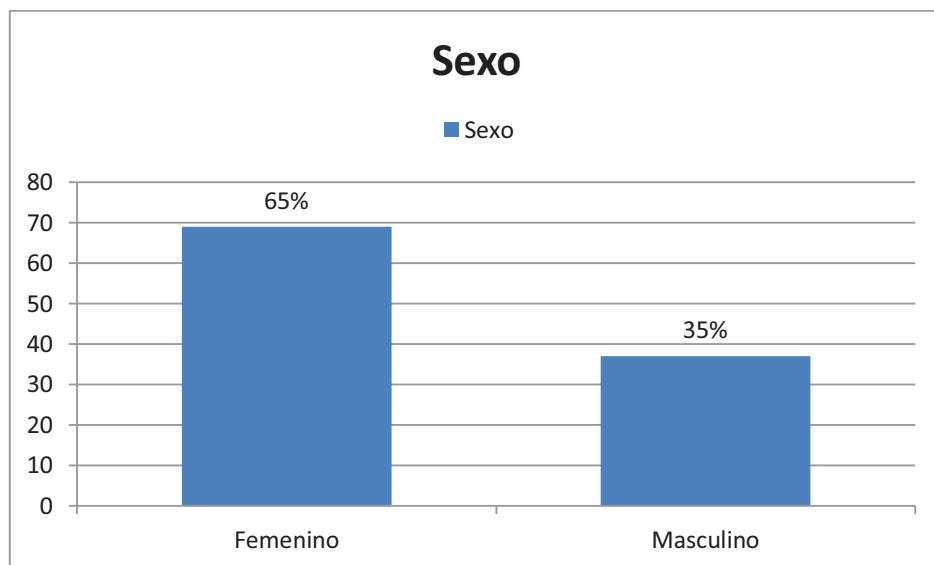
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

El grupo de estudio de Estudiantes de la Escuela de Medicina de la UDLA estuvo conformado por 106 personas, donde el 21% de los estudiantes para la obtención de la muestra corresponde a 2do nivel y apenas un 2% para octavo nivel.

Gráfico 2

Distribución de los estudiantes de Medicina de la UDLA, según sexo, Noviembre 2012



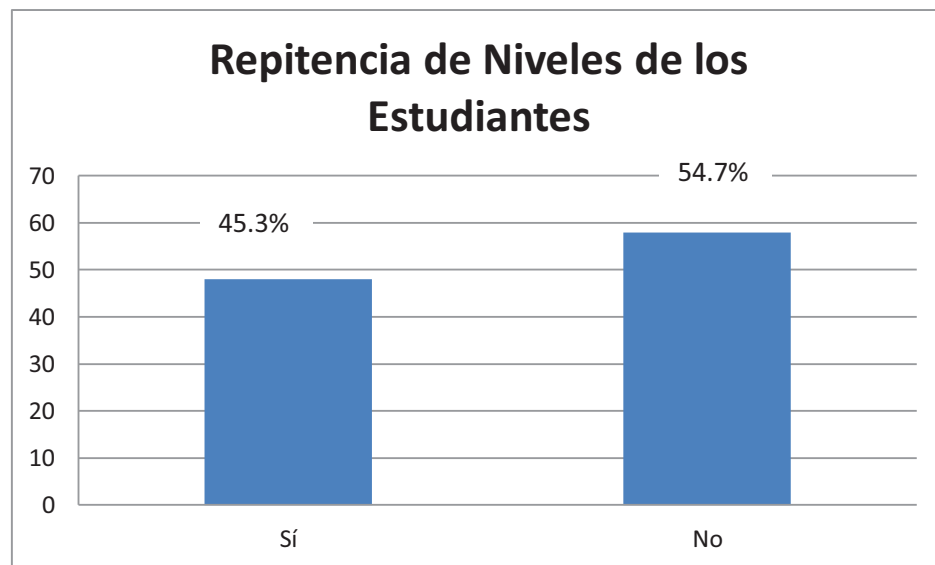
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

El 65% de los estudiantes de medicina son de género femenino y un 35% son de género masculino.

Gráfico 3

Distribución de los estudiantes de Medicina de la UDLA, según Repitencia, Noviembre 2012



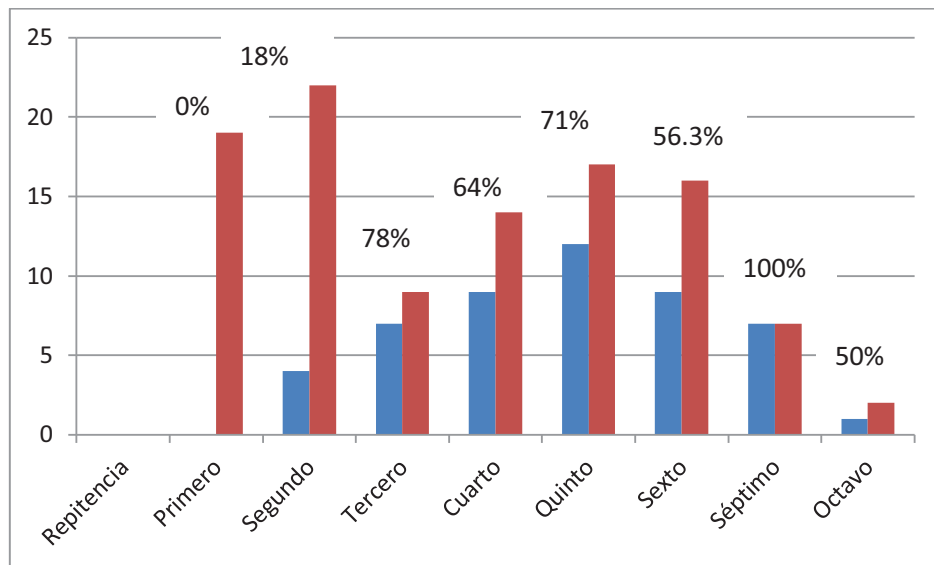
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

El 45.3% de los estudiantes de Medicina de la UDLA ha repetido alguna vez algún nivel.

Gráfico 3.1

Distribución de los estudiantes de Medicina de la UDLA, según repitencia por Niveles, Noviembre 2012



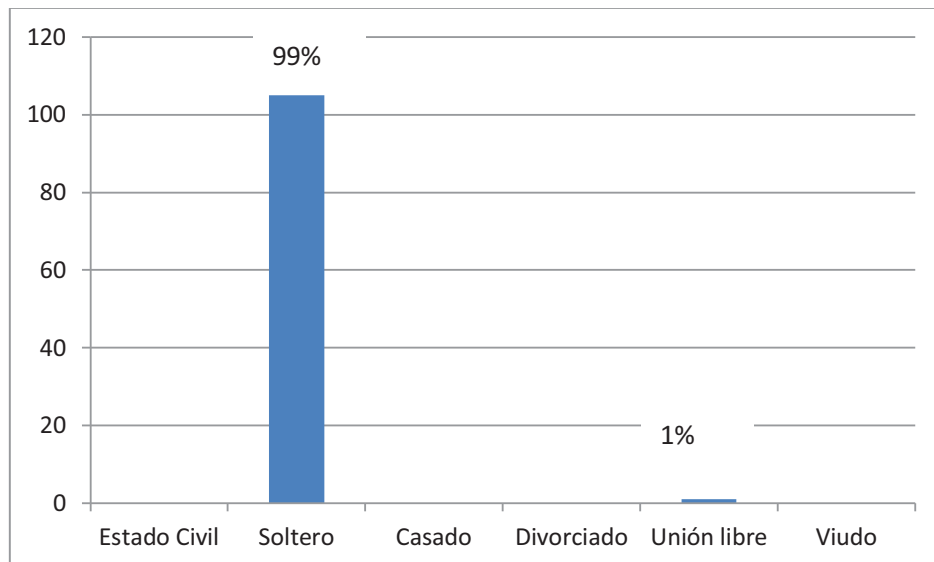
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

En color azul se aprecia la Repitencia de los estudiantes de Medicina por Nivel. Se observa que el nivel con mayor Repitencia en proporción, es séptimo, seguido de tercero nivel y luego de quinto nivel. Primer nivel se mantiene sin repetidores.

Gráfico 4

Distribución de los Estudiantes de Medicina de la UDLA, según estado civil, Noviembre 2012



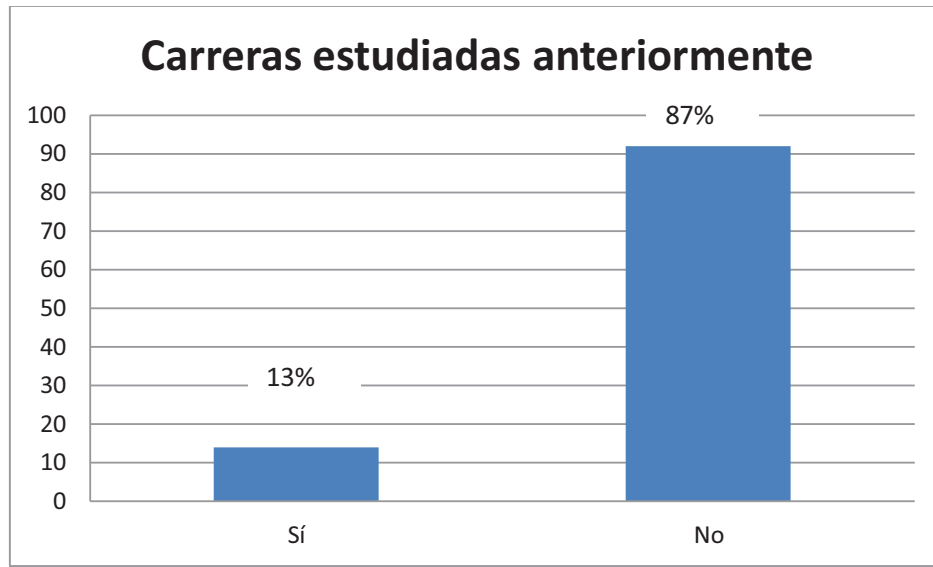
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

El 99% de los estudiantes son solteros y un 1% mantiene unión libre como estado civil

Gráfico 5

Distribución de los estudiantes de Medicina de la UDLA, según carreras estudiadas anteriormente, Noviembre 2012



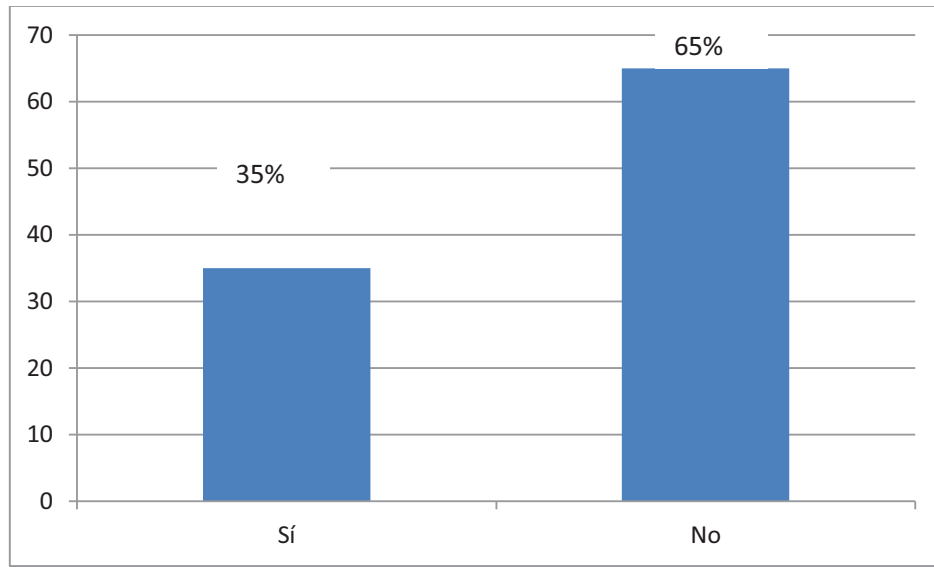
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

El 13% de los estudiantes de Medicina sí estudió una carrera anteriormente y un 87% no estudió ninguna otra carrera previa.

Gráfico 6

Distribución de los estudiantes de Medicina de la UDLA, según becas académicas, Noviembre 2012



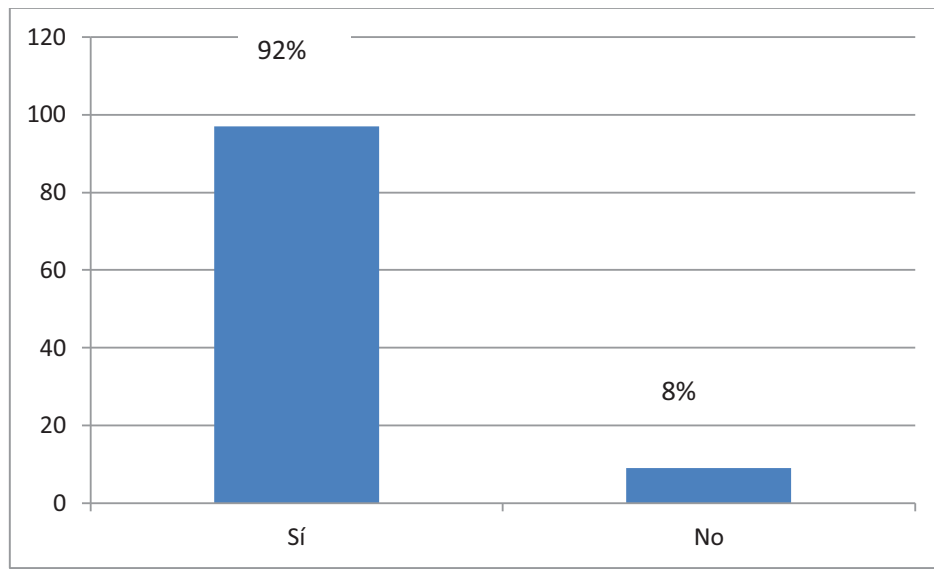
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Un 35% de los estudiantes de Medicina dispone de algún tipo de beca mientras que un 65% de los estudiantes no dispone.

Gráfico 7

Distribución de los estudiantes de Medicina de la UDLA, según satisfacción por la carrera estudiada, Noviembre 2012



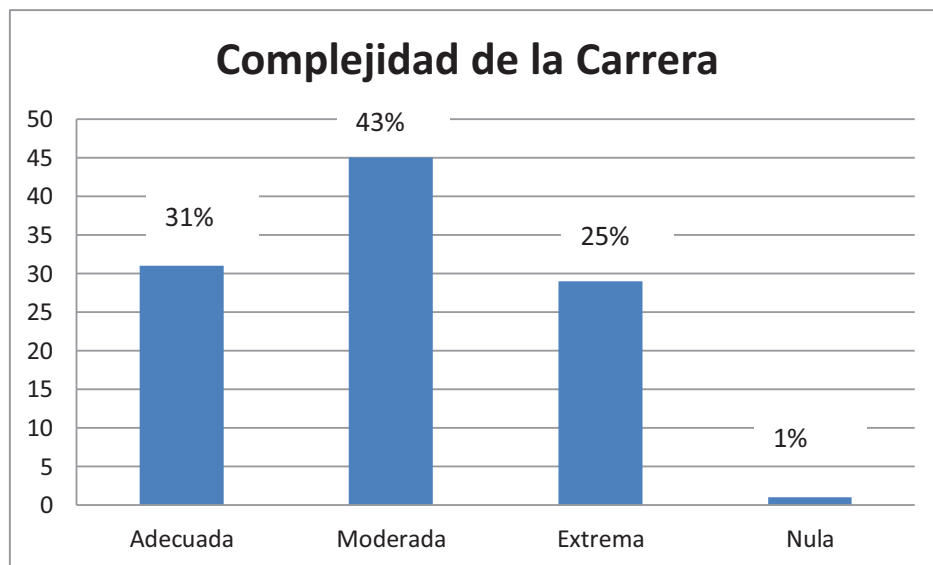
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Un 92% de los estudiantes de medicina manifiestan satisfacción con la carrera mientras que un 8% no se siente satisfecho.

Gráfico 8

Distribución de los estudiantes de Medicina de la UDLA, según complejidad de la Carrera, Noviembre 2012



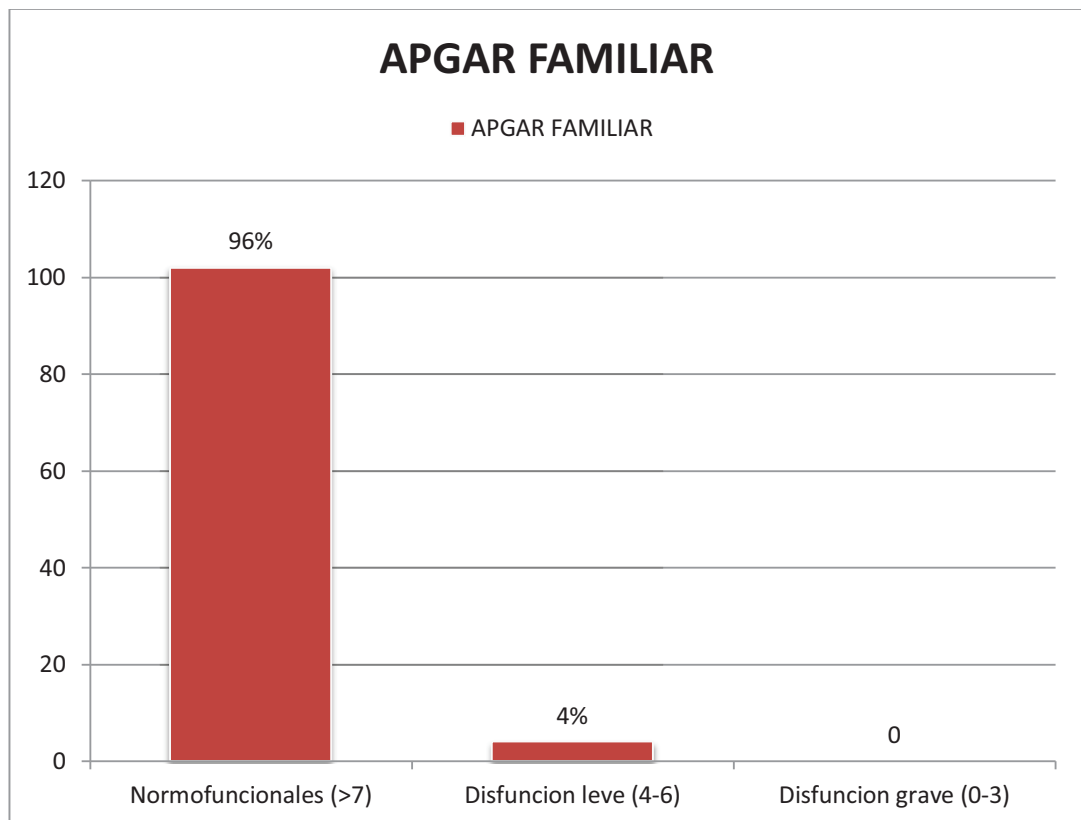
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Un 31% manifiesta adecuada complejidad, un 25% complejidad extrema, un 43% complejidad moderada y menos de un 1% complejidad nula

Gráfico 9

Funcionalidad Familiar en General según APGAR FAMILIAR de los estudiantes de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



Fuente: Encuestas a los estudiantes

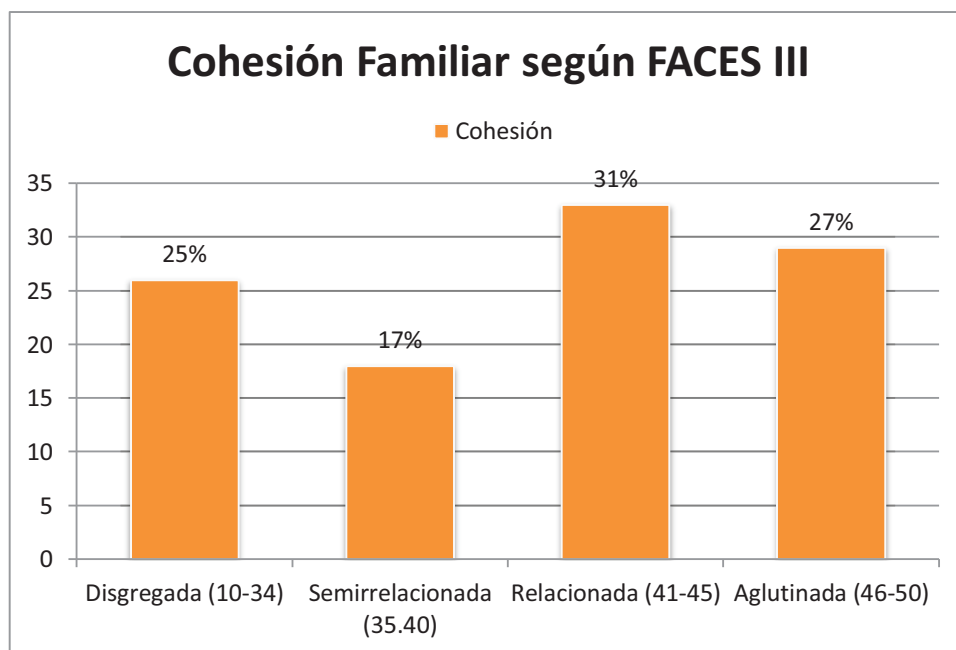
Elaboración: Karla Tuárez

El 96% de los estudiantes de la escuela de Medicina UDLA posee hogares normofuncionales, con apenas 4% de disfuncionalidad leve.

Gráfico 10.1

Funcionalidad Familiar según FACES III de los estudiantes de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012

10.1: COHESIÓN



Fuente: Encuestas a los estudiantes

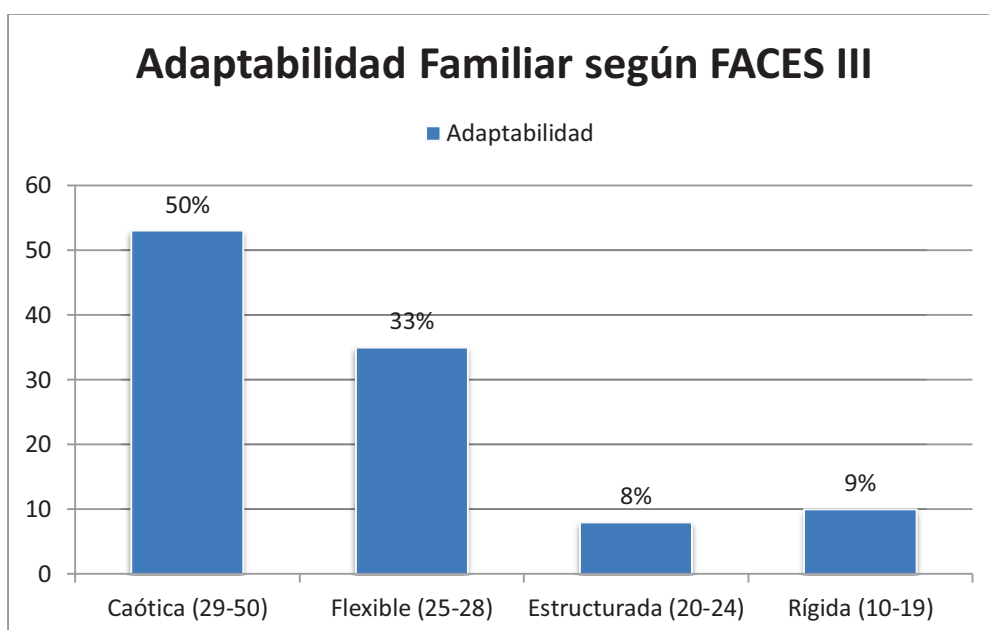
Elaboración: Karla Tuárez

El 31% de los hogares de los estudiantes de Medicina mantienen una cohesión relacionada, un 27% es aglutinada. Un 25% disgregada y un 17% semirrelacionada.

	Cohesión
Disgregada (10-34)	(25%) 26
Semirrelacionada (35.40)	(17%) 18
Relacionada (41-45)	(31%) 33
Aglutinada (46-50)	(27%) 29
	106

Gráfico 10.2

10.2: ADAPTABILIDAD



Fuente: Encuestas a los estudiantes

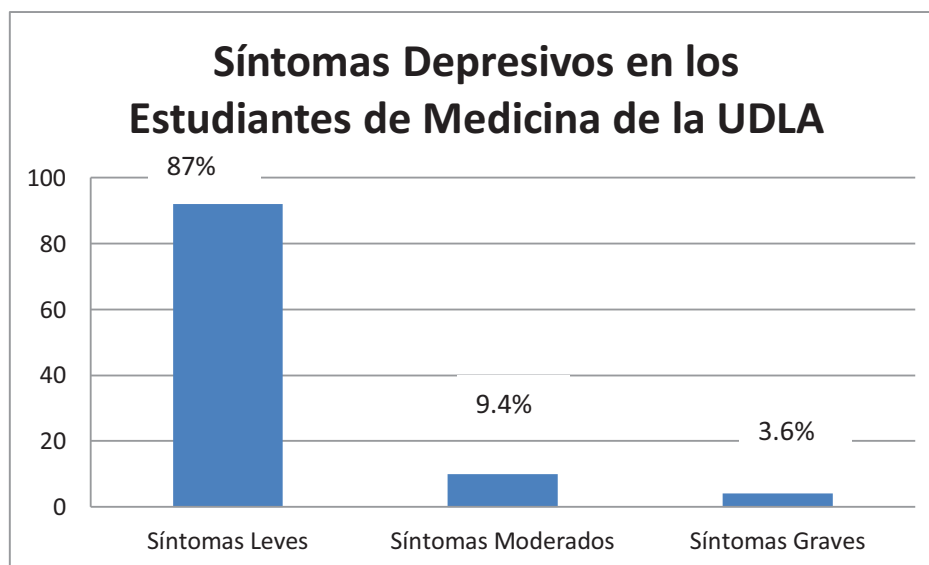
Elaboración: Karla Tuárez

Un 50% de los hogares de los estudiantes de Medicina mantienen una adaptabilidad caótica, un 33% adaptabilidad flexible, un 9% es rígida y un 8% es estructurada.

	Adaptabilidad
Caótica (29-50)	(50%) 53
Flexible (25-28)	(33%) 35
Estructurada (20-24)	(7.5%) 8
Rígida (10-19)	(9.5%) 10
	106

Gráfico 11

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



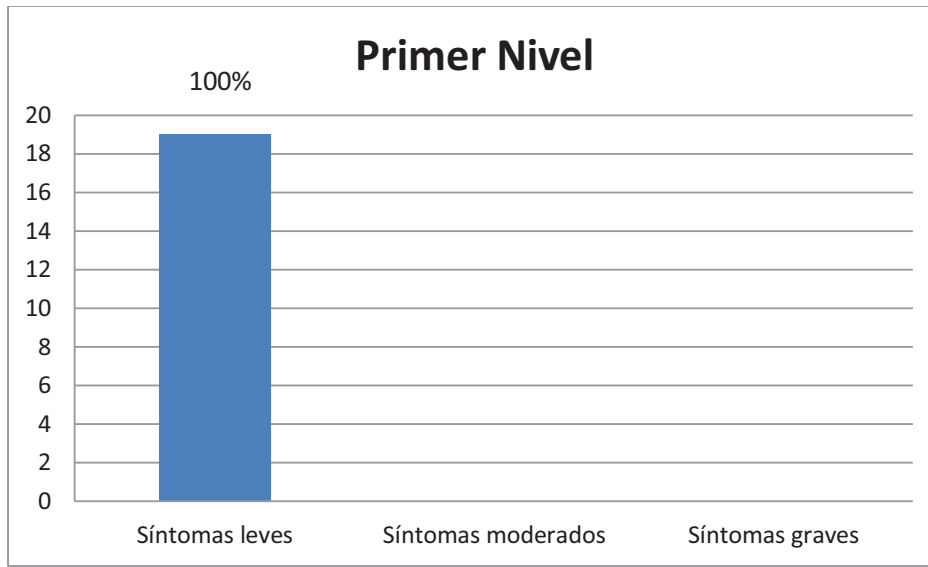
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

El 87% de los estudiantes de Medicina de la UDLA presenta síntomas depresivos leves, síntomas moderados en un 9.4% y graves un 3.6%. Se agruparon 3 categorías según la puntuación: de 0-20 puntos: Leves, de 21-35 puntos: Moderados, >36 puntos: Graves.

Gráfico 12

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de 1er nivel de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



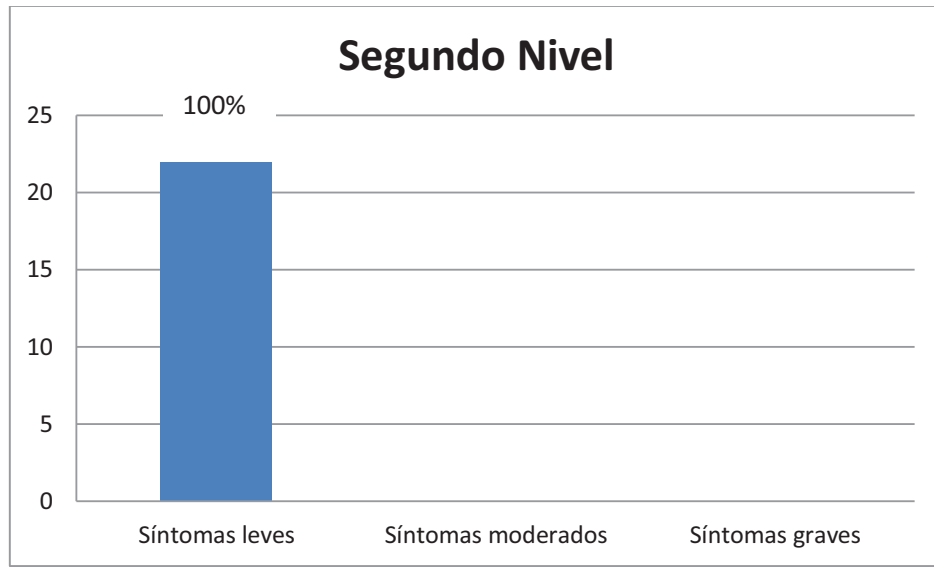
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 100% de los estudiantes de primer nivel de Medicina.

Gráfico 13

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de 2do nivel de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



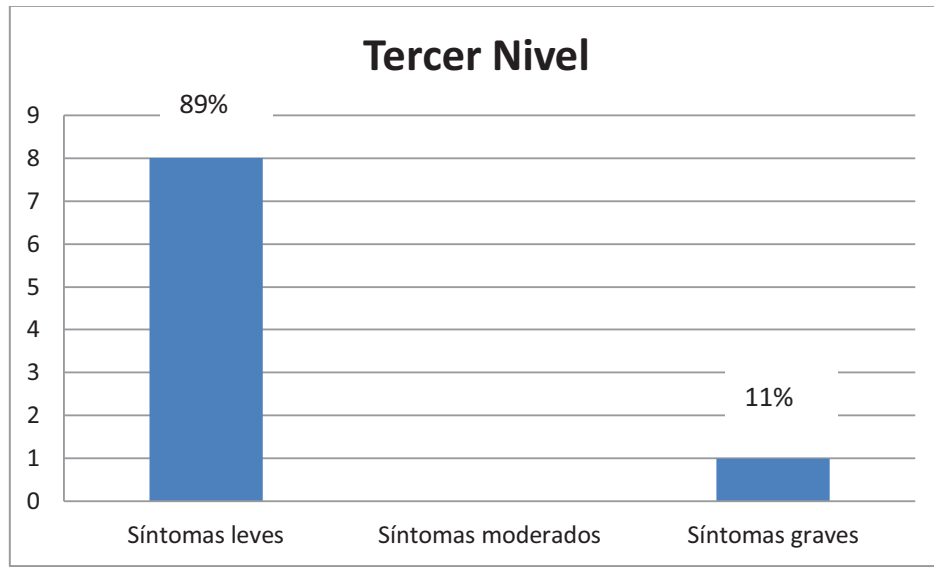
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 100% de los estudiantes de Segundo nivel de Medicina.

Gráfico 14

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de 3er nivel de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



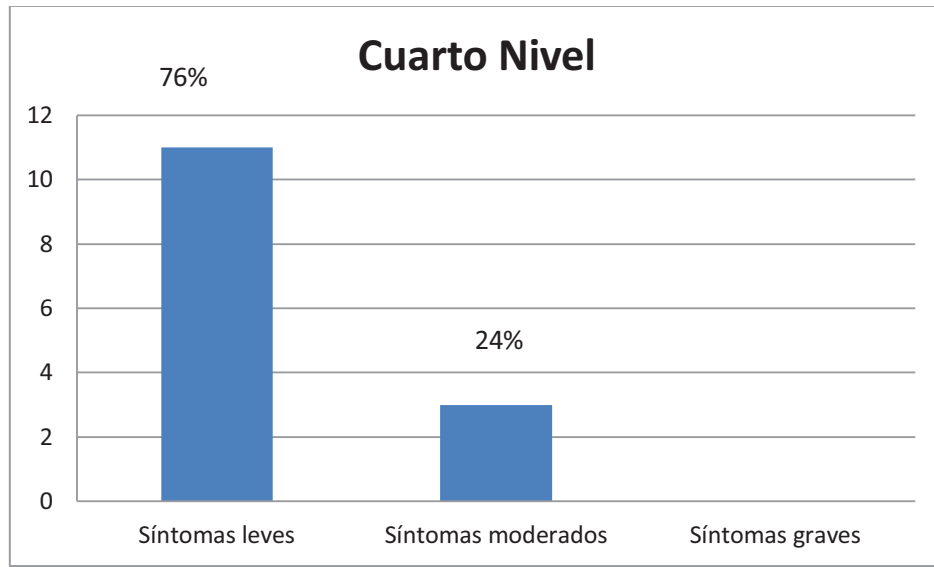
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 89% y sintomatología grave en un 11% de los estudiantes de Tercer nivel de Medicina.

Gráfico 15

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de 4to nivel de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



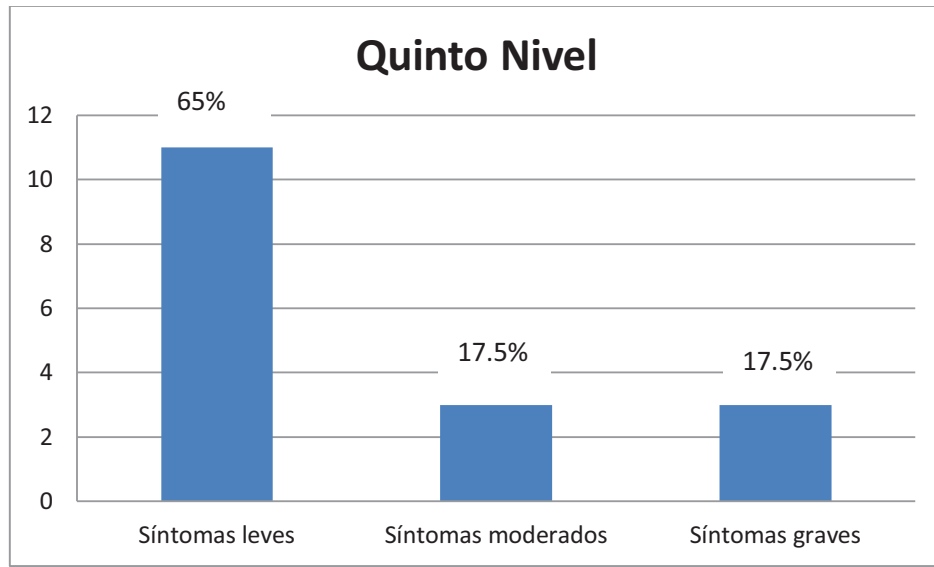
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 76% y sintomatología moderada en un 24% de los estudiantes de Cuarto nivel de Medicina.

Gráfico 16

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de 5to nivel de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



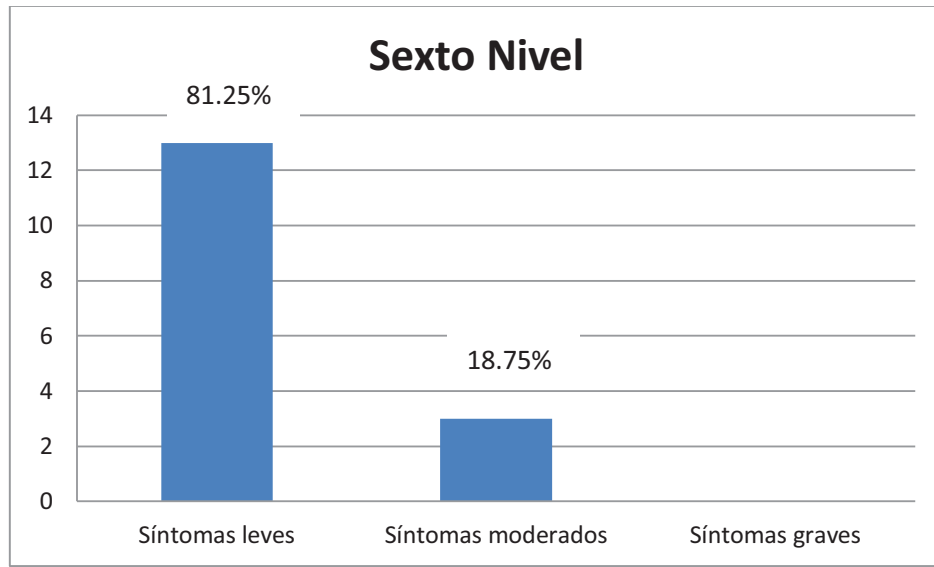
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 65%, sintomatología moderada en un 17.5% y un 17.5% de sintomatología grave de los estudiantes de Quinto nivel de Medicina.

Gráfico 17

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de 6to nivel de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



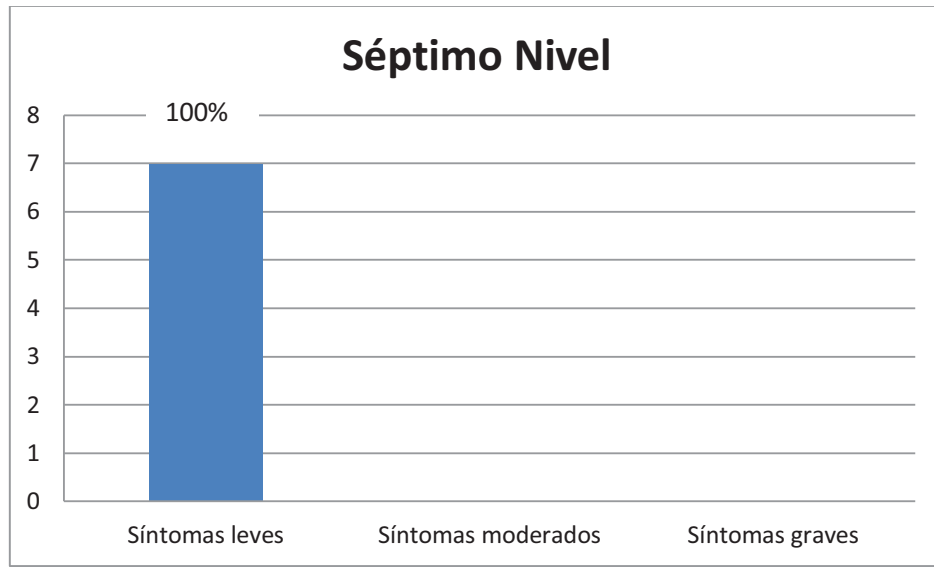
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 81.25% y sintomatología moderada en un 18.75% en los estudiantes de Sexto nivel de Medicina.

Gráfico 18

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de 7mo nivel de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



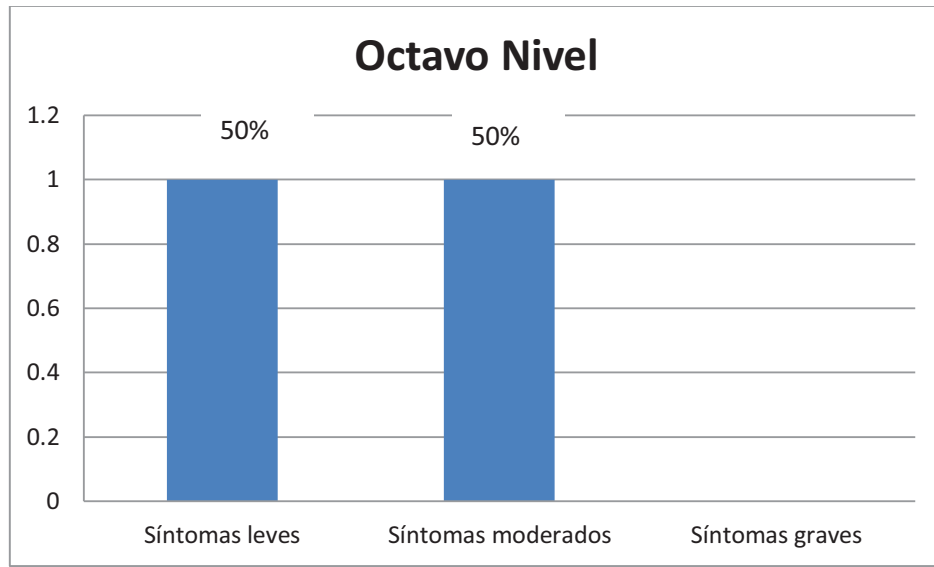
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 100% en los estudiantes de Séptimo nivel de Medicina.

Gráfico 19

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de 8vo nivel de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



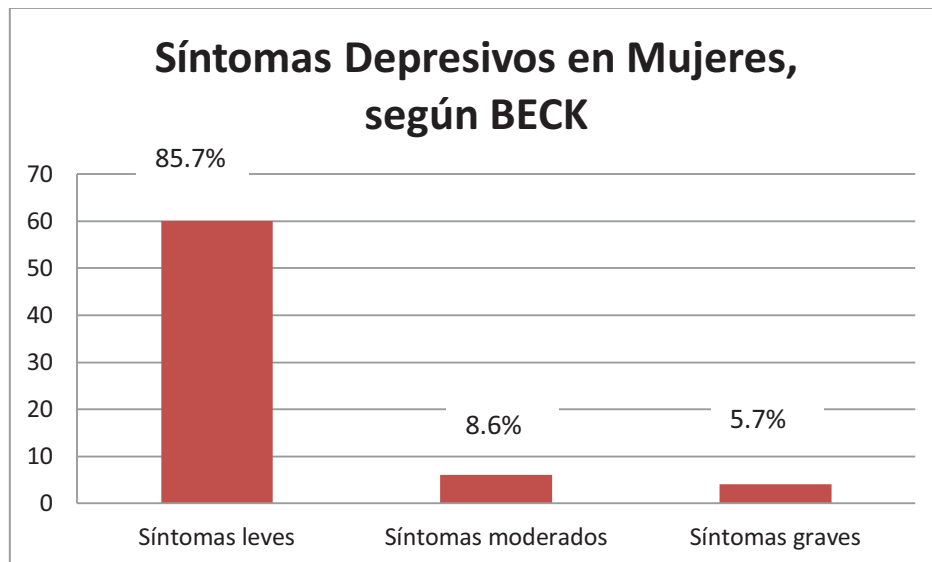
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 50% y sintomatología moderada en un 50% en los estudiantes de Octavo nivel de Medicina.

Gráfico 20

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de las estudiantes de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



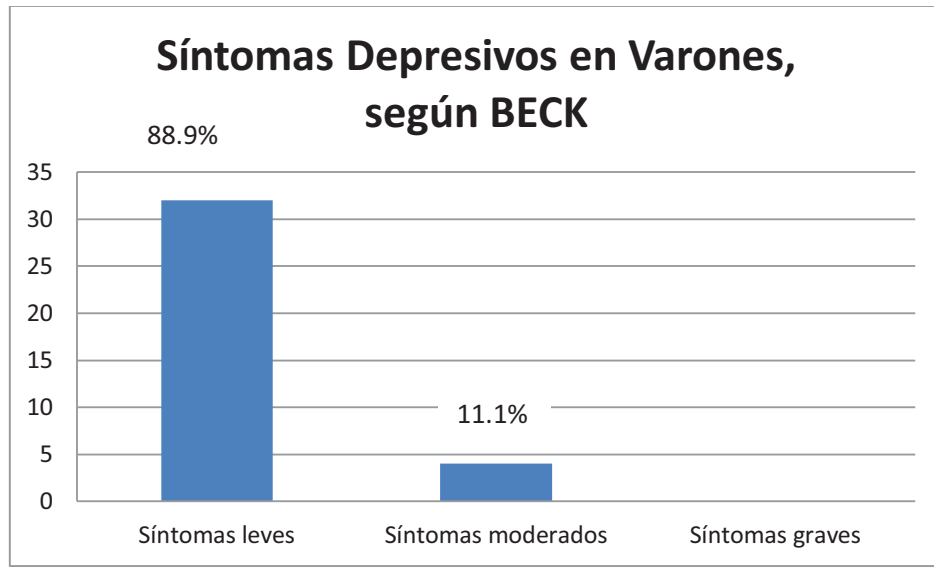
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 85.7%, sintomatología moderada en un 8.6% y sintomatología grave en un 5.7% en las estudiantes.

Gráfico 21

Síntomas Depresivos en General, según el Inventario de Beck, de los estudiantes de Medicina de la UDLA, Noviembre 2012



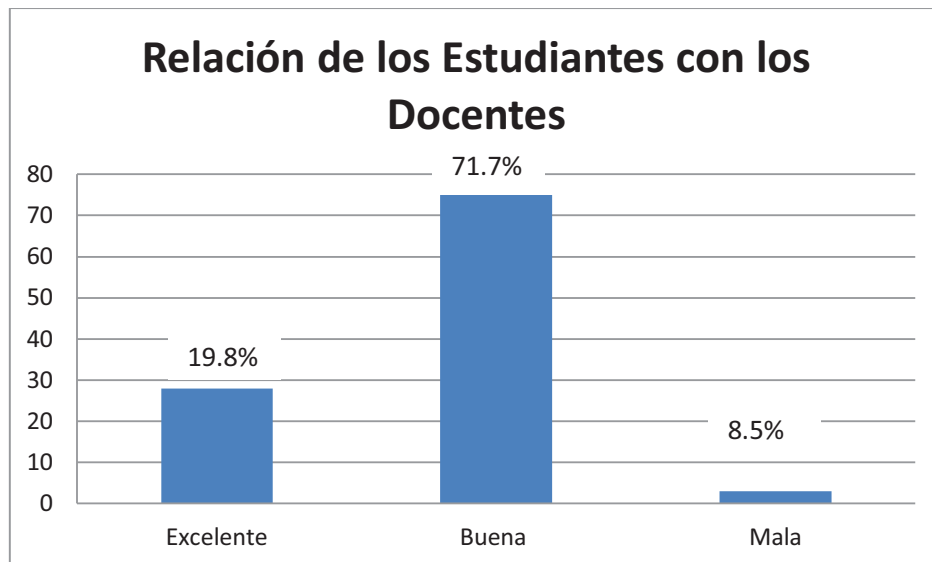
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observan sintomatología depresiva leve en un 88.9% y sintomatología moderada en un 11.1% en los estudiantes.

Gráfico 22

**Relación de los estudiantes de Medicina de la UDLA con los docentes,
Noviembre 2012**



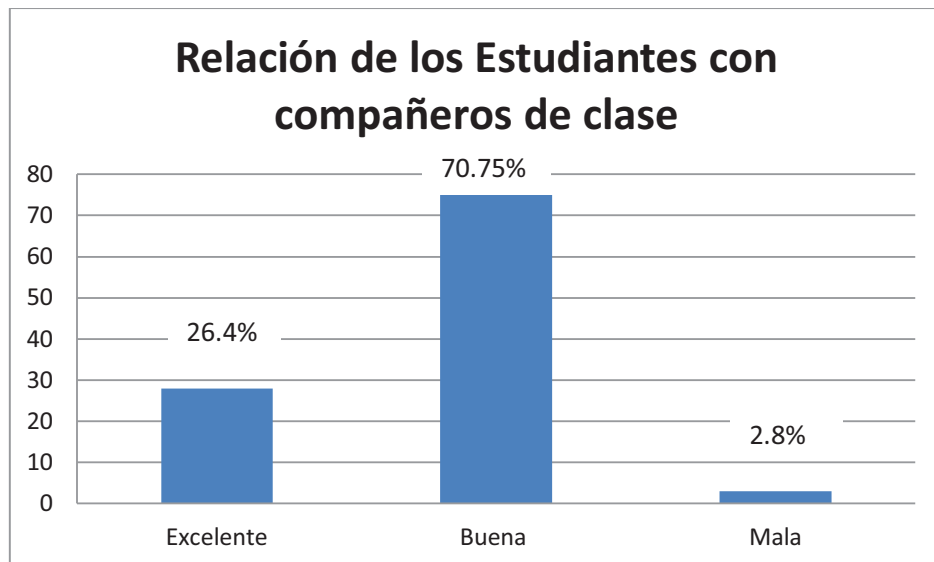
Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Se observa excelente relación en un 19.8%, buena en un 71.7% y mala en un 8.5% de los estudiantes hacia los docentes.

Gráfico 23

Relación de los estudiantes de Medicina de la UDLA con los compañeros de clase, Noviembre 2012



Fuente: Encuestas a los estudiantes

Se observa excelente relación en un 26.4%, buena en un 70.75% y mala en un 2.8% de los estudiantes hacia los compañeros de clase

Tabla 1
Promedio Académico de los Estudiantes en General y por Sexo

Rango	Promedio Académico General
10 (Excelente)	0
9-9.9 (Muy bueno)	(3.8%) 4
8-8.9 (Bueno)	(21.7%) 23
7-7.9 (Regular)	(58.5%) 62
6-6.9 (Mínimo aceptable)	(16%) 17
	106

Fuente: Encuestas a los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

El 55% de los estudiantes posee promedio “regular”, equivalente al rango de 7 puntos a 7.9.

Las mujeres suman un promedio total de 7.7 puntos y los hombres un total de 7 puntos sobre 10 para el promedio académico. Para primer nivel, el promedio fue de 7.49 puntos, para segundo nivel de 6.84 puntos, para tercer nivel de 6.74 puntos, para cuarto nivel de 6.32 puntos, para quinto nivel 6.46 puntos, para sexto nivel 7.86 puntos, para séptimo nivel de 6.71 puntos y para octavo nivel de 8.3 puntos sobre un total de 10 puntos.

En el análisis Bivariado, al estudiar las variables Promedio General con la Funcionalidad Familiar según el Apgar Familiar, se puede obtener mediante el Test Exacto de Fisher un valor de 1 para 2 colas, que demuestra que no existe diferencia significativa entre un hogar Normofuncional o Disfuncional Leve respecto al Promedio General de los estudiantes.

Tabla 2: APGAR Familiar asociado y Promedio asociado

Count		Promedio asociado		Total
		Mayor a 7	Menor a 7	
Apgar asociado	Normofuncionales	83	19	102
	Disfunción leve	4	0	4
Total		87	19	106

Fuente: Encuestas de los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,908 ^a	1	,341	1,000	,448
Continuity Correction ^b	,083	1	,773		
Likelihood Ratio	1,614	1	,204		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,899	1	,343		
N of Valid Cases	106				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .72.

b. Computed only for a 2x2 table

En el análisis Bivariado, al estudiar las variables Síntomas Depresivos con el Promedio General de los estudiantes de Medicina de la UDLA, se puede obtener mediante el Test Exacto de Fisher un valor de 0.125 para 2 colas, que demuestra que no existe diferencia significativa entre Síntomas Depresivos Leves, Moderado y Graves respecto a un Promedio mayor o menor a 7 de los estudiantes.

Tabla 3: Síntomas Depresivos y Promedio mayor o menor a 7

Síntomas Depresivos	Mayor a 7	Menor o igual a 7
Leves	72	20
Moderados	7	3
Graves	2	2
Fisher	0.12576813	

Fuente: Encuestas de los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

A estudiar las variables Sexo y Síntomas Depresivos de los estudiantes de Medicina de la UDLA, se puede obtener mediante el Test Exacto de Fisher un valor de 0.46 para 2 colas, que demuestra que no existe diferencia significativa entre Sexo Femenino y Masculino respecto a tener Síntomas Depresivos Leves, Moderados y Graves en el gráfico estudiado.

Tabla 4: Sexo de los estudiantes y Síntomas Depresivos

	Leves	Moderados	Graves
Femenino	60	6	4
Masculino	32	4	0
Fisher	0,46294416		

Fuente: Encuestas de los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Al estudiar las variables Síntomas Depresivos y Repitencia de los estudiantes de Medicina de la UDLA, se puede obtener mediante el Test Exacto de Fisher un valor de 0.87 para 2 colas, que demuestra que no existe diferencia significativa entre tener Síntomas Depresivos Leves, Moderados y Graves con respecto a la Repitencia o no.

Tabla 5: Síntomas Depresivos y Repitencia

	Sí	No
Leves	43	50
Moderados	2	6
Graves	3	2
Fisher	0,87078801	

Fuente: Encuestas de los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Al estudiar las variables Funcionalidad Familiar según el APGAR Familiar y Repitencia de los estudiantes de Medicina de la UDLA, se puede obtener mediante el Test Exacto de Fisher un valor de 0.41 para 2 colas, que demuestra que no existe diferencia significativa entre un hogar Normofuncional y Disfuncional Leve y Repitencia o no.

Tabla 6: APGAR Familiar y Repitencia

	Sí	No
Normofuncionales	57	45
Disfuncional Leve	0	4
Test exacto Fisher	0,409665529	

Fuente: Encuestas de los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Al estudiar las variables Funcionalidad Familiar según APGAR Familiar y Sexo de los estudiantes de Medicina de la UDLA, se puede obtener mediante el Test Exacto de Fisher un valor de 0.46 para 2 colas, que demuestra que no existe diferencia significativa entre un hogar Normofuncional, Disfuncional Leve y Disfuncional Grave entre el Sexo femenino y masculino.

Tabla 7: Sexo y APGAR Familiar

	Normofuncional	Disfuncional leve	Disfuncional Grave
Femenino	67	3	0
Masculino	36	0	0
Fisher	0.463436438		

Fuente: Encuestas de los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Al estudiar las variables “Sexo” y el Promedio Académico “mayor” y “menor o igual a 7” de los estudiantes de Medicina de la UDLA, se puede obtener mediante la Prueba Chi Cuadrado, un valor de 0.044 para 1 cola, que demuestra que existe diferencia significativa entre el Sexo femenino y masculino con respecto al Promedio académico mayor y menor o igual a 7.

Tabla 8: Sexo y Promedio Mayor o Menor o igual a 7

			Promedio		Total
			Mayor a 7	Menor o igual a 7	
Sexo	Masculino	Count	25	11	36
		Expected Count	28,9	7,1	36,0
	Femenino	Count	60	10	70
		Expected Count	56,1	13,9	70,0
Total		Count	85	21	106
		Expected Count	85,0	21,0	106,0

Fuente: Encuestas de los estudiantes

Elaboración: Karla Tuárez

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,961 ^a	1	,047	,070	,044
Continuity Correction ^b	3,003	1	,083		
Likelihood Ratio	3,796	1	,051		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,924	1	,048		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.13.

b. Computed only for a 2x2 table

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Por ser un estudio de prevalencia, desde un principio se prestó interés en obtener una muestra representativa de la población de estudio. En cuanto al tamaño, consideramos que es una muestra suficiente, y con relación a la forma de seleccionar a los sujetos de la muestra, la técnica de muestreo solo garantizaba la participación de aquellos alumnos que aceptaron brindar su información mediante el consentimiento informado y llenando las encuestas, lo cual ha contribuido a considerar no haber cometido prácticamente un sesgo de selección muestral.

Nuestro estudio tiene limitaciones, es evidente que el instrumento utilizado solo tiene utilidad para screening, pues no diagnostica DEPRESIÓN como tal, sino síntomas depresivos, por su alta especificidad, considerando la necesidad de realizar estudios posteriores, dada la sospecha de una alta prevalencia de estos trastornos mentales, utilizando instrumentos de mayor sensibilidad y buscando nuevos factores que puedan estar asociados con los problemas de salud mental estudiados, ya que la variabilidad del problema no ha quedado lo suficientemente explicado por los factores de estudio utilizados.

En relación a los promedios de Rendimiento Académico, de los datos estudiados y analizados en este estudio, se puede observar que los Estudiantes de Medicina de la Universidad de las Américas presentan un promedio general de 7.48 puntos que según la escala de puntuación corresponde a “Regular” (58.5% de los estudiantes), siendo con el mejor promedio para Octavo nivel con 8.3 puntos y el promedio más bajo para Cuarto nivel con 6.32 puntos. Las mujeres obtuvieron un total de 7.63 puntos a diferencia de los hombres que obtuvieron 7.2 puntos sobre un total de 10.

En Relación con el tipo de hogar, los estudiantes de Medicina de la UDLA, presentan según APGAR familiar un hogar de tipo Normofuncional en un 96% y Disfuncional leve en un 4% y según FACES III, Cohesión: Relacionada con un 31%, y Adaptabilidad: Caótica con un 50%. Ambos instrumentos nos permiten medir Funcionalidad Familiar,

sin embargo el Alpha de Cronbach para el primero es de 0.83 y para FACES III es de 0.90.

En Relación a Sintomatología Depresiva, según el Inventario de Beck, se encontró un porcentaje equivalente a 87% de niveles leves, un 9.4% corresponde a síntomas moderados y un 3.6% a síntomas graves. Se encontró, según el Sexo, el Sexo Femenino, presentó un 85.7% de síntomas leves, un 8.6% de síntomas moderados y un 5.7% de síntomas graves. El sexo masculino, presentó 88.9% de síntomas leves y un 11.1% de síntomas moderados. No existieron diferencias significativas en cuanto a sexo.

Se encontró **nula asociación** entre **El sexo y los síntomas Depresivos** (valor de $p=0.46$ según Test Exacto de Fisher), **El Apgar Familiar** (Normofuncional y Disfuncional Leve) y la **Repitencia de Niveles** (valor de $p=0.41$, según test exacto de Fisher), **Síntomas Depresivos** (Leves, Moderados y Graves) y **Repitencia de Niveles** (valor de $p=0.87$, según test exacto de Fisher), **El Apgar Familiar** (Normofuncional y Disfuncional Leve) y el **Promedio General de los Estudiantes** (mayor o menor a 7 puntos), (valor de $p=1$, según test exacto de Fisher. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a **Síntomas Depresivos** (Leves, Moderados y Graves) y **Promedio General de los Estudiantes** (mayor o menor a 7 puntos) (valor de $p=0.125$, según test exacto de Fisher); entre el **Sexo** (Femenino y Masculino) de los estudiantes y el **APGAR Familiar** (valor de $p:0.463$, según test exacto de Fisher).

Se encontró asociación entre el **Sexo de los estudiantes** y el **Promedio Académico** ("mayor a 7" y menor o igual a 7") (valor de Chi Cuadrado para una cola de 0.04).

En cuanto al tipo de relaciones que mantienen los estudiantes de Medicina con respecto a los docentes se encontró un 76% con tipo de relación buena, un 22% con relación excelente y un 9% con una mala relación. Con respecto a los compañeros de clase, se encontró un 75% con buena relación, un 28% con relación excelente y un 3% con relación mala.

El porcentaje de estudiantes con **síntomas depresivos** (No es diagnóstico de Depresión como enfermedad) (87%) fue muy alto obtenido según Inventario de Beck; llama la atención que fue el sexo masculino quienes presentaron mayor número de casos, aunque la diferencia es mínima en cuanto al sexo masculino (mujeres 85.7% y varones 88.9%). Si bien se ha demostrado que la mujer es más vulnerable a la depresión debido a factores inherentes a su género (factores hormonales y psicosociales) podrían algunos estresores académicos tener un mayor impacto en ellas, pero en nuestro estudio esto difiere totalmente.

Tomando en cuenta que el promedio de edad de los estudiantes encuestados fue de 20 años, los consideramos como adolescentes respecto a su comportamiento y funcionalidad social, ya que casi en su totalidad vivían con sus padres y dependían económicamente de ellos, no tenían responsabilidades económicas ni personas a su cargo; su mayor demanda era de tipo académico. Sus actitudes, preocupaciones e ideas correspondían a la etapa de la adolescencia en general.

En el caso de adolescentes con síntomas depresivos, el tipo de familia más frecuentemente identificado por FACES III fue Relacionada-Caótica (31%-50%), este tipo de familia se caracteriza con respecto a la adaptación por tener un liderazgo limitado y/o ineficaz, la disciplina suele ser poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones. Con relación a la funcionalidad, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay buenas relaciones generacionales, existe muy poca falta de separación personal, las decisiones están sujetas al deseo del grupo. Ambas tipologías familiares se encuentran en el extremo del modelo circunflejo y son consideradas disfuncionales si es tipo "Caótico" y funcional si son "Relacionadas". A diferencia de estos autores, pudimos señalar la relación entre depresión y dinámica familiar.

Sin embargo, el tipo de hogar obtenido según el APGAR FAMILIAR, difiere del FACES III, siendo familias normofuncionales con un 96% y de familias con disfunción leve un 4%, esto talvez explicado por las preguntas de tipo "opción múltiple", con 3 categorías

solamente, que permiten que las respuestas obtenidas sean percibidas como generalizadas según el estereotipo familiar. No se encontraron diferencias significativas entre un hogar disfuncional y un bajo rendimiento académico, pese al tipo de hogar obtenido por el FACES III en estudiantes con síntomas depresivos positivos. En cuanto a mi apreciación personal, el FACES III demostró mejores resultados en cuanto a la tipología de hogar y las relaciones intrafamiliares, respecto al APGAR FAMILIAR que fue muy generalizado en cuanto a las respuestas obtenidas.

En este estudio se evidencia que la gran mayoría de los estudiantes se encuentra satisfechos con la elección que hicieron en cuanto a carrera (92%) y universidad sin presión por parte de los padres aunque aproximadamente el 8% de la población encontró no satisfacción con esta carrera.

Se evidenció que las notas promedio obtenidas en cada una de las materias están en un rango entre 7-8 para semestrales.

Al hacer el análisis de asociación entre los factores estudiados y el rendimiento académico se evidenció que de los factores que NO muestran relación estadísticamente significativa con rendimiento académico bajo están: hogar disfuncional, tener síntomas depresivos moderados y graves y haber repetido alguna vez algún nivel; mientras que la variable sexo mostró un valor de p significativo para un promedio académico mayor a 7 o menor o igual a 7.

En la literatura está descrito que los hombres tienen un rendimiento más alto que las mujeres, también el rendimiento es superior si el alumno vive con sus padres. Sin embargo en este estudio no se encontró una correlación entre estos factores y el rendimiento académico.

La elevada prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de Medicina, ha sido objeto de estudio también en otros entornos universitarios desde hace varios años (Nogueira Martín, et al. 2004; Miller, Surtees, 1991; Guthrie, Black, Shaw, Hamilton, Creed y Tomerson, 1995). Los estudiantes universitarios de titulaciones de Ciencias de

la Salud, y de Ciencias Jurídicas y de la Empresa en la UCAM resultan ser los que tienen una mayor probabilidad de sufrir procesos de ansiedad- depresión.

Es el hecho de realizar **prácticas curriculares extrauniversitarias** en centros sanitarios lo que se considera que puede entenderse como un agente justificativo que en muchos períodos deben compaginar clases en la universidad y a la vez, clases en dichos centros sanitarios. La realización de prácticas clínicas siguiendo el turno del tutor, implica frecuentes cambios del ciclo vital/sueño. Las prácticas clínicas pueden considerarse un factor estresante en tal medida. En comparación con el resto de estudiantes universitarios, son los de Ciencias de la Salud los que más ansiedad presentan, en contraposición en este aspecto a estudios previos en población similar (Brewer, 2002).

Las situaciones estresantes diarias se asocian tanto a ansiedad como a depresión en otros estudios con universitarios (Bethencourt, et al., 1997). En este sentido, en relación a lo anteriormente expuesto, no se cuestiona la relación entre situación estresante y trastornos ansioso-depresivos, sino qué tipo de situaciones son percibidas por los alumnos como estresantes en su vida diaria. A este respecto, en nuestro estudio se revela que el vivir en ambientes familiares disfuncionales durante el curso puede ser un factor estresante asociado al riesgo de síntomas depresivos, sin que se demuestre al momento una relación significativa. Respecto al riesgo de depresión, se consideran también precursores los largos desplazamientos diarios y las obligaciones extra-académicas, ya sean de tipo laboral o familiar.

La variable sexo NO se asocia significativamente al riesgo de sufrir depresión en este estudio; sin embargo, otros estudios en población universitaria no demuestran tal asociación. (Rawson, y Bloomer, 1994). Dicha discrepancia podría explicarse por el nivel de significación de las pruebas estadísticas, siendo en el estudio de Rawson para una $p < 0.01$, mientras que en el nuestro se tomaron valores significativos para una **$p < 0.05$** .

Sin embargo, llama la atención que en el estudio que estamos refiriendo en esta comparación, no resulta significativa la asociación entre sexo y probabilidad de sufrir enfermedades en general, no siendo las mujeres las de mayor riesgo.

La aparición de niveles altos de trastornos depresivos suele ir acompañada de procesos de desadaptación al entorno más cercano, tanto en el ámbito laboral como familiar y escolar. En este sentido los factores asociados al entorno pueden considerarse tantos factores predisponentes, con consecuencias estableciéndose una relación centrípeta y de feed-back. El único factor del entorno académico del cual suponíamos una asociación positiva al riesgo de trastorno, pero que no se ha confirmado finalmente, ha sido el ser de sexo femenino. Parece ser que son otro tipo de factores, tanto personales como familiares y sociales los que ejercen una mayor influencia en el riesgo. Así lo constatan otros estudios realizados en población universitaria, donde tanto la percepción de un menor apoyo social como la prestación de un menor apoyo al requerimiento de éste por otros, influye en un peor estado de salud tanto física como mental (Jou, y Fukada, 2002) (Farnsworth y Oliver, 1999)

En otros estudios aparecen también los problemas económicos, la necesidad de compaginar una actividad laboral simultáneamente a la actividad académica y las cargas familiares como factores asociados a la disminución del mantenimiento de la red social, la socialización y al deterioro de salud mental entre los estudiantes (Roberts et al., 1999). En dicho estudio, se confirma con una muestra de estudiantes británicos a quienes se les aplicó el **Cuestionario General de Salud de Goldberg**, que aparecen niveles de salud general significativamente inferiores a los del resto de la población para esos grupos de edad y sexo; aunque esta variable no es tema de interés de nuestra investigación, dicho aspecto sería interesante poder estudiarlo en nuestro entorno y conocer realmente cómo se comportan los factores de riesgo para dichas cohortes poblacionales en ámbito general, no universitario, y poder establecer herramientas útiles de detección precoz desde diversos entornos.

En conclusión, vemos que las causas determinantes del rendimiento académico bajo, no quedan plenamente establecidas. Sería conveniente realizar investigaciones complementarias a fin de determinar otras posibles causas no analizadas en este estudio que pueden estar generando deficiencias en el rendimiento académico de determinados estudiantes, lo que permitirá contar con mayores elementos a la hora de brindar ayuda a los alumnos que así lo necesiten. Sería importante analizar si el

rendimiento académico está influenciado por factores tales como la metodología utilizada para la enseñanza, los índices de capacidad de atención de los estudiantes, entre otros como lo demuestran estudios realizados en otros países al inicio de primer semestre de la carrera.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

En este estudio identificamos que los estudiantes de la carrera de médico cirujano, tienden a presentar disfuncionalidad familiar en cierto grado, según los resultados obtenidos por el FACES III. Existe una relación inversamente proporcional entre depresión y funcionalidad familiar en los estudiantes de la carrera de medicina. Es importante señalar que se debe hacer un seguimiento de los estudiantes, dado que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento estático de las familias, sino por el contrario debe ser tomado en cuenta su gran dinamismo.

En el estudio se encontró que las variables sociodemográficas sexo y semestre mantuvieron una influencia sobre la variable rendimiento académico, de forma tal que el grupo de estudio, fue en su mayoría de sexo femenino (65%) y los semestres con promedios académicos más bajos (Cuarto y Quinto Semestre) están conformados, en su mayoría, por el sexo femenino también; sin embargo, no se evidenció asociación entre el **sexo femenino** y el **rendimiento académico bajo** (inferior a 7 puntos).

En la actualidad, en la Universidad de las Américas, solo el 35% de los alumnos de la Facultad de Medicina, declaran tener algún tipo de beca (sea ésta completa o parcial). Instrumentar un sistema de becas implica afrontar un periodo relativamente largo en el que una fracción importante de la población quedaría excluida de la educación universitaria. Esto no implica que deban dejarse de lado los aportes de los estudiantes que, aun de montos modestos, permitirían mejorar el funcionamiento de las universidades, puesto que aún no disponiendo de becas, muchos estudiantes tienen de por sí un mayor compromiso y responsabilidad con sus estudios.

Es probable que haciendo más fuerte la exigencia, el rendimiento medio aumente. Esto puede ocurrir por dos vías: (a) porque constituya un incentivo para mayor esfuerzo y productividad; (b) porque el estudiante que, de todos modos abandone sus estudios,

anticipe su decisión. El punto (a) juega a favor de aumentar la dureza de la regulación. El punto (b) tiene aspectos ventajosos y desventajosos.

Adicionalmente se analizó el promedio académico por sexo, encontrándose un promedio de 7.63 puntos para mujeres y de 7.20 para varones.

En conclusión, en nuestro estudio, pese a las limitaciones, no se encontró influencia de las variables “síntomas depresivos” y “funcionalidad familiar” según *APGAR familiar*, sobre el promedio académico de los estudiantes de Medicina de la UDLA, sin embargo se encontró asociación entre la variable sexo y el promedio académico “mayor a 7” y “menor o igual a 7”, con diferencias estadísticamente significativas.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda trabajar con los estudiantes de ambos sexos y principalmente con los de semestres intermedios, en actividades que permitan aumentar el rendimiento académico.
- Por otro lado, es aconsejable implementar estrategias que generen en el estudiante satisfacción con la carrera elegida, lo que impactaría favorablemente en el rendimiento, sin descuidar, por supuesto, las variables donde muestra baja satisfacción (horarios de clases, metodología del docente, por ejemplo).
- Se propone un estudio de intervención, donde se trabaje con las mismas variables con la finalidad de mejorar el rendimiento académico del estudiante.

En otros estudios aparecen también los problemas económicos, de ahí la necesidad de estudiar más detalladamente la idea de compaginar una actividad laboral simultáneamente a la actividad académica y las cargas familiares como factores asociados a la disminución del mantenimiento de la red social, la socialización y al deterioro de salud mental entre los estudiantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Galindo S., Morales I., Guerrero J., Universidad Católica San Antonio de Murcia, Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados, Clínica y Salud, 2009, Vol. 20, (2), 178-179.
2. Bohórquez A., Prevalencia de Depresión y Ansiedad en estudiantes de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana de Colombia, 2007; 15-30.
3. Di Gresia L., Rendimiento Académico Universitario, Universidad Nacional de la Plata 2007, capítulo modificado de tesis doctoral
4. Vélez A., Roa C., Facultad de Medicina Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia, Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina, Educación Médica 2005, Educación Médica 2005; 8(2): 74-82
5. Montes I., Lerner J., Universidad Eafit 2010-2011, Rendimiento académico en los estudiantes de pregrado en la universidad de Eafit, Perspectiva cuantitativa.
6. Tejedor F., García A., Muñoz R., Universidad de Salamanca, Causas del bajo rendimiento del estudiante universitario (en opinión de los profesores y alumnos). Propuestas de mejora en el marco del EEES, Revista de Educación, 342. Enero-abril 2007, pp. 443-473
7. Ferreyra M., La Plata, , Determinantes del Desempeño Universitario: Efectos Heterogéneos en un Modelo Censurado, 2007
8. CALIDAD EN LA EDUCACIÓN, DETERMINANTES DE DESEMPEÑO UNIVERSITARIO: ¿IMPORTA LA HABILIDAD RELATIVA?, No 30, 2009
9. Bartual T., Poblet M., Determinantes del rendimiento académico en estudiantes universitarios de primer año de Economía, Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria, Vol. 2, N° 3, 172-181 (2009)
10. Garbanzo G., Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios, una reflexión desde la calidad de la educación superior pública, Universidad de Costa Rica, año/vol 31, número 001
11. Herrera M., Nieto S., Rodríguez M., Cruz M., FACTORES IMPLICADOS EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, Revista de Investigación Educativa, 1999, Vol. 17, n.º 2, págs. 413-421
12. GÓMEZ D., OVIEDO R., MARTÍNEZ E., Factores que influyen en el rendimiento académico del estudiante universitario, junio 26 2011, Educación y humanidades, artículo arbitrado
13. Ibarra M., Michalus J., ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO ACADEMICO MEDIANTE UN MODELO LOGIT, Ingeniería Industrial - Año 9 N° 2: 47-56, 2010
14. Martínez de Ibarreta Carlos, Rúa Vieites Antonio, Redondo Palomo Raquel, Fabra Florit ME, Nuñez Partido Antopnio, Martín Rodrigo MJ, Influencia del Nivel Educativo de los Padres en el Rendimiento Académico de los Estudiantes de ADE. Un Enfoque de Género, 2007
15. TEJEDOR F., Universidad de Salamanca, Poder explicativo de algunos determinantes del rendimiento en los estudios universitarios, Revista Española de Pedagogía, enero-abril 2003

16. Cabrera P., Galán E., Satisfacción escolar y Rendimiento académico, Revista de Psicodidáctica número 014, 2002
17. Porto A., Di Gresia L., RENDIMIENTO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y SUS DETERMINANTES, 2001
18. Nazneen F. Brahrassa, Moin Syed, Jenny Su, Richard M. Lee, Family Conflict and Academic Performance of First Year Asian American Undergraduates, Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 2011, volume 17 (4); 415-426.
19. Hanscombe B. Ken, Haworth Chaire M.A., Davis Olver, Jaffee Sara R., Plomin Robert, Chaotic homes and school achievement. A twin study, Journal of Child Psychology and Psychiatry 52:11, 2011; 1212-1220.
20. Goldrick-Rab Sara,, Sorensen Kia, Unmarried parents in college, artículo obtenido de la www.futureofchildren.org volume 20 (2), 2010-, 179-195.
21. Meng-Tin Tsou, Meng-Wen Tsou, Meng-Ping Wu, Jin-Tan Liu, Academic achievement of twins and singletons in early adulthood. Taiwanese cohort study, British Medical Journal (online first), 2008; 1-5.
22. Park Jangho, Seockhoon Chung, Hoyoung An, Seungjin Park, Lee Chul, Seong Yoon Kim, Jae-Dam Lee, Ki-Soo Kim, A structural model of stress, motivation and academic performance in medical students, Original article Korean Neuropsychiatric Association, 2012; 143-148.
23. Mandal Ananyal, Arijit Ghosh, Gaiak Sengupta, Tapas Bera, Nina Das, Subir Mukherjee, Factors affecting the performance of undergraduate medical students. A perspective, Indian Journal of Community Medicine, 2012, volume 37 (2); 126-129.
24. Zakiya Al-Busaidi, Kamlesh Bhargava, Aida Al-Ismaily, Hadia Al-Lawati, Rahma Al-Kindi, Mohammad Al-Shafae, Abdullah Al-Maniri, Prevalence of depressive symptoms among university students of Oman, Oman Medical Journal, 2011, volume 26 (4), 235-239.
25. Tabassum Alri, Fatima Assad, Mussarat Ramzan, Faiza Aslam Khan, Depression, anxiety and their associated factors among medical students, Journal of the college of physicians and Surgeons Pakistan, 2010, volumen 20 (2); 122-126.
26. Huang-Chi Lin, Tze-Chun Tang, Ju-Yu Yen, Ching-Hung Ko, Chi-Fen Huang, Shun-Chum Liu, Cheng-Fang Yen, Depression and its association with self-esteems family, peer and school factor in a population 9586 adolescents in southern Taiwan, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2008, 62; 412-420.
27. Alketa Hysenbegasi, Steven L. Hass, Clayton R. Rowland, The impact of depression on the Academic Productivity of University students, The journal of mental health policy and economics, 2005; 145-151.
28. Estrella Jesús Moo-, Pérez Benítez Hugo, Solís-Rodríguez Francisco, Arankowsky-Sandoval Gloria, Evaluation of Depressive symptoms and sleep alteration in college students, Archives of Medical Research 36, Elsevier 2005; 393-398.
29. Osornio-Castillo L., García-Monroy L., Méndez-Cruz AR., Garcés-Dorantes LR., Depresión, Dinámica Familiar y Rendimiento Académico en estudiantes de Medicina, Archivos en Medicina Familiar, volumen 11 (1); 11-15, 2009.

30. Edel Navarro Rubén, El rendimiento Académico: Concepto, Investigación y Desarrollo, REICE: Revista Electrónica Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en la educación, año/vol 1, número 002, Madrid-España, 2003.
31. DSM-IV-TR. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TR. MENTALES AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 4 edición Barcelona 2008, capítulo trastornos del estado de ánimo 60-62
32. GARZA L., SUBDIRECTOR MEDICO. UMF 28 IMSS. MONTERREY, N.L. La familia como objeto de estudio, presentación en powerpoint
33. Martínez G Joffre V., García G., Sánchez L., Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), Depresión en estudiantes de medicina: Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems, ALCMEON. 2007 Sep;14(1); 1-2
34. Laurenz M., Peiffer V., Sarrat S., Figueroa M., DEPRESION EN INGRESANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE, AÑO 2007; Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 178 – Febrero 2008, 1-3
35. Santander T Jaime, Romero S. MI, Hitschfeld A. MJ, Zamora A. Viviana, Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2011; 49 (1): 47-55, 46-49
36. Galli Enrique, Depression: towards a new dimensional conceptualization, Revista argentina clínica Neuropsiquiátrica, Alcmeon, año VIII, vol 2 número 1, 1997.
37. Benjet Guilherme Corina, Medina-Mora ME, Fleiz-Baustista Clara, Zambrano-Ruiz Joaquín, La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento, Salud Pública de México, volumen 46(5), 2004; 1-8.
38. Miranda Bastidas CA, Gutierrez Segura Julio César, Bernal Bultrago Ferney, Escobar Carlos Andrés, Prevalencia de Depresión en estudiantes de Medicina de la U. del Valle, Revista colombiana de Psiquiatría año/vol XXIX número 003, 2000; 251-260.
39. Depresión en Quito presenta números alarmantes, tomado de El Comercio el 10 de junio del 2012 a las 10:08
40. Figueroa Gustavo, Opening Remarks of Depression, Revista Chilena NeuroPsychiatric volumen 40, supl 1, Santiago 2002.
41. Arango Dávila César Augusto, Escobar Martha Isabel, Pimienta J., Hernán José, Fundamentos moleculares y celulares de la Depresión y mecanismos antidepressivos, Revista Colombiana de Psiquiatría vol XXXIII núm 1, 2004; 165s-185s.
42. G Sandra, Zurita G, Estudio estadístico de internet y su incidencia en la educación universitaria fiscal en la provincia del Guayas.
43. Gómez J, Gómez L, RELACION FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS ALUMNOS DEL 4to AÑO DE SECUNDARIA DEL 2010 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE – LIMA, 2011
44. Zuleima Cogollo Edna Gómez Oney's De Arco Indira Ruiz Adalberto Campo-Arias, Association between Family Dysfunction and Clinically Important

- Depressive Symptoms among Students of Cartagena, Colombia, *rev.colomb.psiquiatr.* vol.38 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2009
45. Morla Ricardo, Saad de Janon Boloña Emma, Saad Julia Saad, Depression in Adolescents and Family Disintegration in the City of Guayaquil, Ecuador, *rev.colomb.psiquiatr.* vol.35 no.2 Bogotá Apr./June 2006
 46. Forero Ariza LM, Avendaño Durán MC, Duarte ZJ, Consistencia interna y análisis de factores de la escala Apgar para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes básica de secundaria, *Revista colombiana de Psiquiatría*, año/vol XXXV, número 001, Bogotá Colombia 2006
 47. Guías de Práctica Clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo, Edición 2008, Guía práctica de manejo Clínico sobre el manejo de la Depresión Mayor en el Adulto.
 48. Guadarrama L., Escobar A., Limei Z., Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión, Departamento de biología celular y Fisiología, Instituto de investigaciones biomédicas, UNAM.
 49. Meza T., Depresión como entidad médico psiquiátrica, Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Año 16, Vol. 14, Nº 2, noviembre de 2007, págs. 13 a 25.
 50. Kasper D., Fauci A., Longo D., Braunwald E., Hauser S., Jameson J., Principios de Medicina Interna, Harrison, 16 edición, capítulo 371, páginas 2812-2814.
 51. Leyton F., Barrera A., El diagnóstico diferencial entre la depresión bipolar y la depresión monopolar en la práctica clínica, *Rev Med Chile* 2010; 138: 773-779.
 52. Martínez M., López M., Malagelada, Diagnóstico diferencial entre depresión, enfermedad de Parkinson y síndromes parkinsonianos (parkinsonismos), *MEDICINA GENERAL* 2002; 45: 514-518.
 53. Barenbaum R., Depresión y el diagnóstico diferencial, RAFFO.
 54. Zúñiga A., Sandoval M., Urbina C., Juárez N., Villaseñor S., Trastornos del Estado de ánimo, *Revista Digital Universitaria*, 10 de noviembre 2005 • Volumen 6 Número 11 • ISSN: 1067-6079
 55. Trastornos del estado de ánimo, CIE-10, OMS, Edición 2000.
 56. OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.
 57. Estrella E., Suárez M., RAMPA, 2006. 1(1):38-47, Introducción al estudio de la Dinámica Familiar.
 58. Mendoza L., Soler E., Sainz L., Gil I., Mendoza H., Pérez C., Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria, *Archivos en medicina familiar*, enero-abril, año/volumen 8, número 001, 2006.
 59. Louro I., la familia en la determinación de la salud, *Rev Cubana Salud Pública* v.29 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2003
 60. Calvo H., De Lucas A., "Intervenir con familias desde los centros de día",
 61. García J., Diversos tipos de familia reconocidos en la Constitución, recuperado de http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=5738&Itemid=134, Martes, 14 de Septiembre de 2010 06:36Última actualización el Lunes, 17 de Enero de 2011 08:44
 62. Marrero V., *Rev Cubana Salud Trabajo* 2004; 5(1), LA FAMILIA COMO OBJETO DE ESTUDIO EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS TRABAJADORES

63. Ortiz M., Louro I., Jiménez L., Silva L., La salud familiar. Caracterización en un área de salud, Rev Cubana Med Gen Integr v.15 n.3 Ciudad de La Habana mayo-jun. 1999
64. Tonconi J., FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y LA DESERCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA ECONÓMICA DE LA UNA-PUNO, PERIODO 2009, Cuadernos de Educación y Desarrollo, Vol 2, N° 11 (enero 2010).
65. Coral B., FACTORES DETERMINANTES DEL BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO EN EDUCACIÓN SECUNDARIA, Madrid 2003, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, FACULTAD DE EDUCACIÓN, Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación Secundar.
66. Reyes Y., "RELACIÓN ENTRE EL RENDIMIENTO ACADÉMICO, LA ANSIEDAD ANTE LOS EXÁMENES, LOS RASGOS DE PERSONALIDAD, EL AUTOCONCEPTO Y LA ASERTIVIDAD EN ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO DE PSICOLOGÍA DE LA UNMSM", Sistema de Bibliotecas del Perú, Lima 2003.
67. Chinchilla A., La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos, Buenos Aires: Madrid, Médica Panamericana (2008), Capítulo VIII, Clasificación de Depresiones, pág 253-261.
68. Vásquez C., Sanz J., Trastornos del estado de ánimo (I), Clínica, Diagnóstico, Curso y Epidemiología, Manual de Psicopatología, vol2 (pp 299-340), Madrid.
69. OMS: Definición de Salud mental, recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html el 9 de agosto del 2012, 14:54
70. Teorías Psicodinámicas de los trastornos depresivos, recuperado de: <http://psicologia.isipedia.com/segundo/psicopatologia/psicopatologia-parte-2/10-trastornos-del-estado-de-animo-teorias-psicologicas#TOC-TEOR-AS-PSICODIN-MICAS-DE-LOS-TRASTORNOS-DEPRESIVOS>, 9 de agosto del 2012, 15:00
71. Bertolote J., POLÍTICAS DE SALUD MENTAL, Raíces del concepto de salud mental, World Psychiatry 2008;7:113-116
72. Ponce C., MORILLAS U., SCIGLIANO R., Enfoque psicológico de la Depresión.
73. Trastornos del Estado de ánimo, recuperado de http://www.redsanar.org/Textos/Episodio_Hipomaniaco.htm
74. TERAPIA PSICOLÓGICA 2007, Vol. 25, N°2, 105-112, ARTÍCULOS ORIGINALES, Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción, Mental Health Problems in Students from the University of Concepción, Félix Cova Solar, Walter Alvial S., Macarena Aro D., Ana Bonifetti D., Marilyn Hernández M., Claudio Rodríguez C., Universidad de Concepción, Chile
75. Heerlein Andrés, Rev. chil. neuro-psiquiatr. Tratamientos farmacológicos antidepresivos, Antidepressant Pharmacologic Treatments, v.40 supl.1 Santiago oct. 2002.
76. Familias Diversas, tomado de Vistazo, www.vistazo.com/imprensa/vidamoderna, 2010
77. Moreira ME, Consecuencias de la Migración, Vulneabilidad e Impacto Social, tomado de www.humanrightsmoreira.com

78. Neuronía, Antidepresivos duales I: IRNS; tomado de <http://mineuronía.blogspot.com/2011/11/antidepresivos-duales-i-irsn.html>, 13 de noviembre del 2011
79. Psicofarmacología online, Antidepresivos moduladores de vías aminérgicas, tomado de www.psicofarmacologia.info/antidepresivos.html

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA Objetivo: La siguiente encuesta tiene como finalidad recolectar información sobre el proyecto de investigación en curso. Por favor conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad y legibilidad posible. De antemano, muchas gracias por su colaboración.

Número de matrícula _____

Semestre _____

Sexo: F() M()

Edad _____ años

Estado civil _____

Inventario de BECK:

1.

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.
8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía llorar.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19.

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20.

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, n malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Puntuación de Síntomas de depresión

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

ANEXO 2

APGAR Familiar:

Preguntas	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo en que usted y su familia pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			
TOTAL			

Interpretación:

Normofuncionales: 7-10

Disfunción leve: 4-6

Disfunción grave: 0-3

ANEXO 3

Cuestionario del FACES III

Conteste con los números 1, 2, 3, 4 o 5 según la frecuencia en cada una de sus respuestas

1. Nunca

2. Casi nunca

3. Algunas veces

4. Casi siempre

5. Siempre

- __ 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si
- __ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- __ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- __ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- __ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- __ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- __ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia
- __ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- __ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- __ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- __ 11. Nos sentimos muy unidos
- __ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- __ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- __ 14. En nuestra familia las reglas cambian
- __ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- __ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- __ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

- __ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- __ 19. La unión familiar es muy importante
- __ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

ANEXO 4

Parámetros académicos:

1. Has repetido algún nivel antes o actualmente?

Sí _____ No _____

Cuál? _____

2. ¿Estás satisfecho con tu carrera?

Sí _____ No _____

3. La complejidad de tu carrera te parece:

Adecuada _____

Moderada _____

Extrema _____

Nula _____

4. Consideras tu rendimiento académico:

Sobresaliente _____

Bueno _____

Malo _____

5. Previa esta carrera, ¿estudiaste alguna otra?

Sí _____ No _____

Si es sí, ¿Cuál? _____

6. Tienes beca académica en esta universidad?

Sí _____ No _____

Si es sí, es:

Completa _____ Media beca _____

7. Tu relación docente-alumno la consideras:

Excelente _____

Buena _____

Mala _____

8. Tu relación con tus compañeros de trabajo la consideras:

Excelente _____

Buena _____

Mala _____

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con Cédula de Ciudadanía No _____, y Matrícula Número _____, autorizo a la investigadora a la obtención de mi promedio semestral de la Facultad de Medicina de la UDLA y colaborar para la elaboración del proyecto de investigación “Funcionalidad Familiar, Depresión y Rendimiento Académico en los estudiantes de 1er a 8vo nivel de la Facultad de Medicina de la UDLA en la ciudad de Quito”, que tiene como objetivo determinar la frecuencia de relación entre estas variables y su influencia en el desempeño académico de los estudiantes.

Los sujetos que participarán en este estudio serán escogidos según el interés del investigador y deberán llenar la encuesta brindada a cada uno de los participantes y deberán autorizar la adquisición del promedio semestral en curso.

La información administrada a cada sujeto participante del estudio y el resultado de la encuesta *será confidencial*, respetando la integridad personal.

Los riesgos a los cuáles serán sometidos son nulos y fui previamente explicada.

Atentamente,

Firma _____

Responsables del Estudio:

Karla Elizabeth Tuárez Macías
Egresada de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Quito
CI: 131260481-0

Dr. Hernán Chávez
Psiquiatra
Director de la Disertación
Docente de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Quito



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Fax: 2509-584
Telf: 2509-582
Quito - Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **Karla Elizabeth Tuárez Macías** C. I. 131260481-0 autora del trabajo de graduación intitulado: **"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"**, previa a la obtención del título profesional de **Médico/a Cirujano/a** en la Facultad de **Medicina**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 22 de enero del 2013


Karla Elizabeth Tuárez Macías

C.I. 131260481-0