

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.

Facultad de Ciencias Médicas.

Carrera de Medicina.

UNAN – León.



Tesis monográfica para optar al título de:

“Doctor en Medicina y Cirugía”

Factores familiares asociados a la prevalencia de trastornos depresivos menores en estudiantes de medicina, UNAN-León, II trimestre 2022.

Autores:

Br. Ana Julia Rivera Gutiérrez.

Br. Eliseo Rosales López.

Br. Alexander Josué Zapata Gutiérrez.

Tutor.

Ms. C. Lester Fidel García Guzmán.

Maestría en Salud mental y Adicciones.

Posgrado en metodología de la investigación en Europa central.

León, noviembre de 2022.

¡A la libertad por la Universidad!

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.

Facultad de Ciencias Médicas.

Carrera de Medicina.

UNAN – León.



Tesis monográfica para optar al título de:

“Doctor en Medicina y Cirugía”

Factores familiares asociados a la prevalencia de trastornos depresivos menores en estudiantes de medicina, UNAN-León, II trimestre 2022.

Autores:

Br. Ana Julia Rivera Gutiérrez.

Br. Eliseo Rosales López.

Br. Alexander Josué Zapata Gutiérrez.

Tutor.

Ms. C. Lester Fidel García Guzmán.

Maestría en Salud mental y Adicciones.

Posgrado en metodología de la investigación en Europa central.

León, noviembre de 2022.

¡A la libertad por la Universidad!

Resumen.

Los estudiantes de Medicina son, de dos a cinco veces más propensos a tener depresión que la población general; su prevalencia de depresión varía del 9% a 56%. Sufrir esta enfermedad afecta el desarrollo personal, social y académico de un estudiante, debido a que la formación universitaria en si conlleva una serie de retos que requieren de habilidades para enfrentar situaciones estresantes

Este estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia de trastornos depresivos menores y determinar los factores familiares asociados a su ocurrencia en estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de medicina de.

La investigación es descriptiva de corte transversal a través de una encuesta digital a una muestra de 249 estudiantes del 1er y 2do año de la carrera de medicina de la UNAN-León, en la cual se incluyó el Test de Beck para la detección de trastorno depresivo menor, así como también diversas pruebas (APGAR familiar, FCS, FACES III, Spann-Fisher) para determinar la dinámica familiar de cada participante. Se calculó la probabilidad de riesgo de depresión menor en presencia de factores familiares a utilizando en el análisis de Ji Cuadrado y Odds Ratio, con un intervalo de confianza del 95%.

El 35.4% de los estudiantes presento trastorno depresivo menor, de estos 15.7% y moderado y 19.7 % grave. La disfunción familiar aumento el riesgo de sufrir trastorno depresivo menor (OR:10.4) [5.668-19.142], así como también una cohesión familiar inadecuada (OR: 5.7) [3.028-10.81], y la codependencia familiar (OR: 6.6) [3.02-13.735].

En este estudio la prevalencia de depresión menor fue de 35% dato que concuerda con la prevalencia del fenómeno en otros estudios de la misma población, presentando como principales factores de riesgo disfunción y comunicación familiar disfuncional.

Palabras claves: Trastornos depresivos menores, prevalencia, factor familiar, población universitaria.

Índice.

Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación.	4
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos.....	6
Objetivo general.	6
Objetivos específicos.	6
Marco teórico.....	7
Diseño metodológico.....	22
Resultados.....	31
Discusión.	39
Conclusión.....	42
Recomendaciones.....	43
Referencias bibliográficas.....	44
Anexos.	49

Introducción.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común de la población en general y la condición de salud mental más común en pacientes atendidos en atención primaria. Su prevalencia parece estar aumentando pues se estima que afecta a un 3.8% de la población (incluidos un 5% en adultos, y 5.7% en adultos de más de 60 años), que a escala mundial es aproximadamente 280 millones de personas. (1,2)

Los pacientes pueden presentar síntomas afectivos, cognitivos, neurovegetativos o somáticos. Así como también pueden experimentar dificultades considerables en su funcionamiento personal, familiar, social, entre otros ámbitos importantes. El continuo de la depresión clínica aumenta en gravedad desde los síntomas subsindrómicos hasta la depresión menor y mayor. (1, 2, 3)

De manera general el trastorno depresivo menor se puede definir con la presencia de síntomas característicos de depresión mayor, pero con una cualidad y duración menor que va de 2 a 4 semanas, de tal manera que esta tiene menos síntomas, duración, comorbilidad, deterioro psicosocial y menos recurrencias. La prevalencia de este trastorno oscila entre el 6 y 16%. (3)

Los síntomas subsindrómicos a menudo persisten incluso después de que ya no se cumplan todos los criterios para la depresión y el más común es el insomnio seguido de un estado de ánimo triste y disminución de la concentración. La persistencia de esto aumenta el riesgo de recurrencia y la presentación de un síndrome depresivo completo. (1)

La mayoría de los pacientes con depresión menor no buscan tratamiento de un médico de salud mental, pero son vistos con frecuencia en atención primaria. Aunque la depresión menor es al menos tan prevalente como la depresión mayor, menos pacientes con depresión menor son diagnosticados con precisión por los médicos de atención primaria. (3)

No hay estudios concluyentes sobre la prevalencia nacional de la depresión menor esto es una prueba más de la limitada importancia que se le da a este tipo de trastornos.

Antecedentes.

En 2016, se realizó un estudio para identificar la prevalencia de depresión, síntomas depresivos e ideación suicida entre estudiantes de medicina, en donde se tomaron en cuenta estudios transversales (167) y longitudinales (16) publicados antes del 16 de septiembre de 2016 de 43 países. Los principales resultados que se obtuvieron fueron que la depresión y la ideación suicida tienen una prevalencia del 27.2% y del 11.1% respectivamente. (4)

En 2016, se realizó un estudio en Singapur, con el objetivo de evaluar la depresión entre estudiantes de medicina mediante la búsqueda sistemática en bases de datos en línea de estudios transversales que examinaron su prevalencia. Se demostró que existe una prevalencia global de depresión en esta población de 28%, también que las mujeres, los estudiantes de primer año y de posgrado, y los que cursaban la mitad de su carrera tenían más probabilidades de estar deprimidas (datos no estadísticamente significativos). (5)

Por año de estudio, los estudiantes de primer año tenían las tasas más altas de depresión con un 33,5%, luego disminuyeron gradualmente hasta alcanzar el 20,5% en el último año. (5)

En 2017, se realizó un estudio sobre problemas mentales entre estudiantes de medicina en Brasil. Se hizo una revisión de 59 estudios en donde se identificó la prevalencia resumida de diferentes problemas mentales, incluida la depresión (25 estudios, prevalencia del 30,6%), trastornos mentales comunes (13 estudios, prevalencia del 31,5%), agotamiento (3 estudios, prevalencia del 13,1%), consumo de alcohol. (3 estudios, prevalencia 32,9%), estrés (6 estudios, prevalencia 49,9%), baja calidad del sueño (4 estudios, prevalencia 51,5%), somnolencia diurna excesiva (4 estudios, prevalencia 46,1%) y ansiedad (4 estudios, prevalencia 32,9%). (6)

En 2018, se realizó un estudio de cohorte prospectivo en Lovaina, Bélgica, estudiándose la predicción de la aparición de trastornos depresivos en estudiantes universitarios que cursan su primer año. Encontrándose como factores de

predicción más fuertes, los antecedentes de traumas en la niñez y la adolescencia, experiencias estresantes en los últimos 12 meses, psicopatología de los padres (28.4%), abusos físicos (4.3%), abusos emocionales (14.7%), abuso sexual (0.8%), negligencia (5.2%), violencia en el noviazgo (5.1%), hogares con situaciones económicas difíciles (15.3%). (7)

Entre los principales hallazgos se observa que la incidencia de estos trastornos se estima en 6.9%, siendo los principales protagonistas a los que se les encontró un trastorno 12 meses anteriores al inicio del estudio y a los que tienen antecedentes de trauma de la niñez y la adolescencia. (7)

En 2019, se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis sobre predictores depresivos en universitarios. Se buscaron estudios de cohorte o longitudinales. Se encontró que los predictores principales son el género, depresión inicial, neuroticismo o psicoticismo, pensamientos negativos, actitud disfuncional, abuso infantil, abuso sexual y eventos vitales estresantes. (8)

En Nicaragua, en el segundo semestre del año 2017, estudiantes de psicología de la UNAN – Managua realizaron un estudio para determinar los factores sociodemográficos y depresión de los estudiantes becados internos de esta alma mater, encontrándose que gran parte de estos provenían de departamentos como Rivas, Boaco y Matagalpa, principalmente de zonas rurales. El 51.3% presentan al menos un trastorno depresivo, ligado al hecho de que estos se encuentran en espacios colectivos distintos a los de su origen, el ingreso económico de estos principalmente porque estos estudiantes no se caracterizan por trabajar para crear ingreso, sino en consumir. Todo culmina en la probabilidad de desencadenar sentimientos que provoquen síntomas depresivos. (9)

Justificación.

Los estudiantes de Medicina son, de dos a cinco veces más propensos a tener depresión que la población general; su prevalencia de depresión varía del 9% a 56%. (10)

Sufrir esta enfermedad afecta el desarrollo personal, social y académico de un estudiante de Medicina, debido a que la formación universitaria en si conlleva una serie de retos que requieren de ciertas habilidades para enfrentar diversas situaciones estresantes, en efecto, las universidades que brindan la carrera de medicina son pocas a nivel nacional, porque requieren cumplir con estándares internacionales que aseguren un egresado que cumpla con los requisitos académicos y éticos necesarios, es por ello que, para asegurar el éxito profesional muchos estudiantes optan por movilizarse de la relativa comodidad de sus hogares hasta otros departamentos, lo cual junto con otras dificultades les predispone a ser candidatos a padecer trastornos depresivos mayores y/o menores.

Es menester evaluar la población estudiantil de Medicina que proviene de otros lugares diferentes al departamento de León, en especial en los primeros años, donde se atraviesa por un periodo de adaptación al nuevo entorno, es acá donde tiene vital participación la presencia o no de factores familiares que condicione la aparición de la enfermedad y posibilite precisar el tipo de trastorno depresivo en el que se encuentra.

Lo anteriormente expuesto, permitirá conocer la prevalencia de estos factores y su relación con la enfermedad, y a futuro faculte proponer estrategias en pro de la calidad de vida estudiantil, de esta manera formar médicos con un perfil más completo que directamente beneficia a la excelencia académica de la universidad y la atención medica que recibe nuestra sociedad.

Planteamiento del problema.

Según la OMS, la depresión afecta a 264 millones de personas y es una de las principales causas de discapacidad contribuyendo de forma excepcional a la carga mundial general de morbilidad. (2)

A pesar de que como estudiantes de medicina se tiene un mejor acceso a la atención médica, la mayoría de ellos no busca ayuda médica ya que no se toma en cuenta la gravedad con la que interfiere en las actividades académicas y la alta prevalencia de esta, lo cual sugiere un pronóstico desfavorable y recaídas. (11)

Se sabe que se enfrentan a diario con clases agotadoras por casi todo el día, con largas horas en las que el estudiante tiene que dedicarse en lleno al estudio, esto, mientras carga con preocupaciones financieras, con su propia salud, la parte moral, los abusos, así como sus exigencias consigo mismo y por parte de la familia para ser un buen estudiante, entre otros. Los sentimientos que se desarrollan a lo largo de la misma, se podrían decir que es una fábrica para muchos trastornos. (12)

Cada estudiante que llega a nuestra alma mater trae consigo sueños vehementes que son la inspiración del día a día, así también cargas que siempre son un obstáculo por vencer. Cuando se toca el trasfondo de una persona que acaba de iniciar su preparación universitaria, está claro que se debe evaluar qué lugar ocupa este en el seno familiar, en vista que, tiene íntima relación y lo puede predisponer a padecer un trastorno depresivo menor.

Esto nos lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores familiares asociados a la prevalencia de trastornos depresivos menores en estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de medicina de la UNAN - León, en el II trimestre del año 2022?

Objetivos.

Objetivo general.

Determinar los factores familiares asociados a la prevalencia de trastornos depresivos menores en estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de medicina de la UNAN- León, en el II trimestre del año 2022.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar sociodemográficamente la población en estudio.
2. Identificar la prevalencia de los trastornos depresivos menores en estudiantes de 1er y 2do año de medicina de la UNAN – León.
3. Determinar los factores familiares asociados a los trastornos depresivos menores en estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de medicina de la UNAN – León.

Marco teórico.

Palabras claves.

Trastornos depresivos menores: Trastorno caracterizado por episodios de depresión menos graves que la depresión mayor.

Prevalencia: Proporción de individuos de un grupo o una población, que presentan una característica o evento determinado.

Factor familiar: Característica o circunstancia detectable dentro del círculo familiar que forma parte directamente de este, que se asocia con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido.

Población universitaria: Individuos que cursan enseñanzas oficiales en alguno de los ciclos universitarios, enseñanzas de formación continua u otros estudios ofrecidos por las universidades.

Trastorno depresivo menor.

Definición.

Etimológicamente la depresión viene (del latín depressio, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento»). Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

La Organización Mundial de la Salud, señala que “la depresión es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración”.

La definición de depresión menor varía entre los diferentes estudios. En las definiciones más ampliamente utilizadas, el número de síntomas concurrentes varía de uno a tres o de dos a cuatro, los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro psicosocial, y la duración mínima del síndrome es de dos a cuatro semanas. (13)

Los trastornos depresivos menores tienen como característica esencial de este la presencia de uno o más episodios de síntomas depresivos con una duración idéntica a los de la depresión mayor, pero con menos síntomas y un menor deterioro global. Un episodio de estas características comporta un estado de ánimo triste o «deprimido». En donde, debe haber más de dos síntomas adicionales, pero menos de cinco. (14)

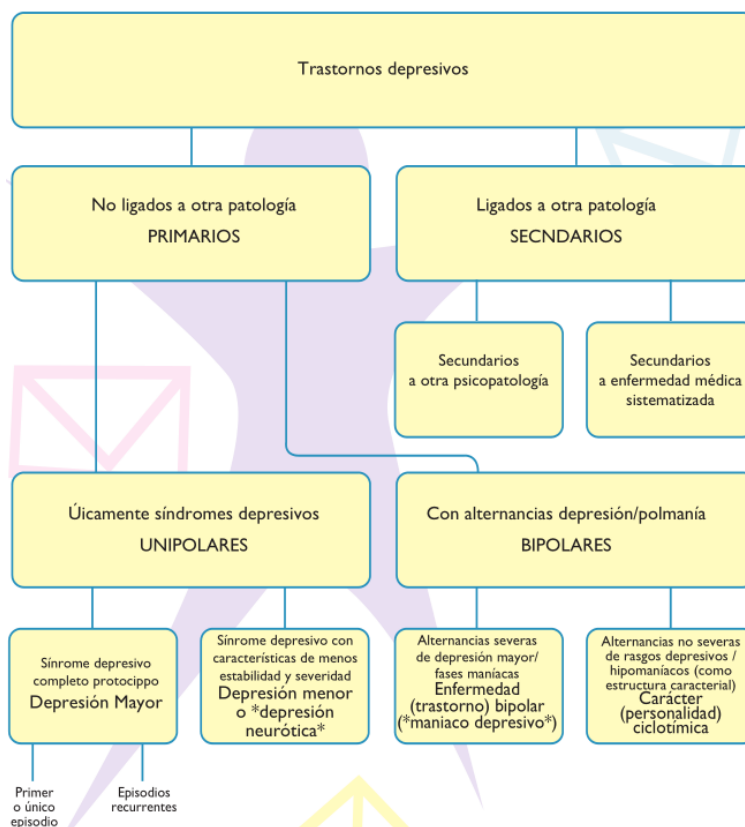
Se evidencia que la depresión es una entidad clínica que ocupa uno de los primeros sitios como motivo de consulta en los servicios de psiquiatría. El trastorno puede darse a cualquier edad inclusive en la infancia y adolescencia temprana y señala una prevalencia 10 de este trastorno en adultos del 5-9% para el sexo femenino y de 2-3% para el masculino. (15)

Clasificación.

El fenómeno depresivo ha sido ampliamente estudiado, especialmente en la última década. En los libros relacionados con la materia se encuentran múltiples clasificaciones clínicas entre las más conocidas está: (16)

Clasificación actual.

Grafica 1. Clasificación de los trastornos depresivos menores en base al grado de causalidad.



Fuente: Chávez Oleas H, Samaniego Z. N, et al. Manual de atención primaria en salud mental. (16)

Epidemiología.

Según la OMS la depresión se presenta como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial de 3 a 6% de la población general. Se estima que afecta principalmente a quienes presentan factores predisponentes como la edad, eventos

estresantes, antecedentes genético-familiares y cambios hormonales. Es más frecuente entre los 20 y 50 años y en áreas rurales, además es 2 veces más frecuente en el sexo femenino. (17)

La depresión menor es un cuadro común en población general y en atención primaria constituyéndose en una condición altamente prevalente, aunque, en el DSM-IV-TR se señala que la prevalencia del trastorno depresivo menor no está clara, se estima que es alta, sobre todo en atención primaria. (18)

Diagnóstico.

La característica esencial del trastorno depresivo menor es la presencia de uno o más síntomas depresivos con una duración idéntica a los de la depresión mayor, pero con menos síntomas y un menor deterioro global. Un episodio de estas características comporta un estado de ánimo triste o deprimido, o una pérdida del interés o del placer ante prácticamente cualquier actividad. En definitiva, debe haber más de dos síntomas adicionales, pero menos de cinco. (14)

Las características clínicas de los trastornos depresivos menores hacen que trastornos como la ciclotimia y distimia sean englobados dentro de su clasificación, ya que estos por definición son trastornos depresivos que no alcanzan la magnitud necesaria para ser caracterizados dentro de la depresión mayor.

El DSM IV expone un conjunto de criterios de investigación para su adecuado diagnóstico, expuesto a continuación: (14)

A. Alteración del estado de ánimo, definida de la siguiente forma:

1. un mínimo de dos (y un máximo de cuatro) de los siguientes síntomas presentes durante un mismo período de 2 semanas y que han producido un cambio respecto al nivel previo de actividad. Al menos uno de los síntomas debe ser de a o b:

a) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, como lo describe el propio individuo (p. ej., se siente triste o vacío) o como lo describen los demás (p. ej., siempre parece estar llorando).

Nota: En los niños o adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

b) Acusada disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día y casi todos los días (tal como lo indica el propio individuo o quienes le rodean)

c) Pérdida de peso significativa en ausencia de un régimen de adelgazamiento o ganancia de peso (p. ej., una variación en 1 mes de más del 5% del peso corporal), o aumento o disminución del apetito casi cada día.

Nota: En los niños hay que considerar la falta de ganancia de peso que se esperaba de acuerdo con su crecimiento.

d) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

e) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (objetivables por otros y no una mera sensación subjetiva de intranquilidad o enlentecimiento por parte del individuo).

f) Fatiga o falta de energía casi cada día.

g) Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o de culpa (que pueden revestir carácter delirante) casi cada día (no una mera sensación de autodesaprobación o de culpa por estar enfermo)

h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (tanto si la refiere el propio individuo como si la describen los demás).

i) Ideas recurrentes de muerte (no el simple miedo a morir), ideas recurrentes de suicidio sin un plan específico o bien intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo.

2. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

3. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, fármaco) o de una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)

4. Los síntomas no se explican mejor por la existencia de un sentimiento de duelo (p. ej., reacción normal ante la muerte de un ser querido)

B. Nunca ha habido un episodio depresivo mayor y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno distímico.

C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno ciclotímico.

Nota: No debe excluirse el diagnóstico de trastorno depresivo menor si todos los episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos están producidos por sustancias o tratamientos.

D. Las alteraciones del estado de ánimo no aparecen exclusivamente durante una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno esquizoafectivo, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Para diagnosticar la depresión menor, una alternativa razonable son los criterios de "episodio depresivo leve" en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, décima revisión (CIE-10) (19). Aunque los criterios de diagnóstico de la CIE-10 para un episodio depresivo leve se superponen con los criterios anteriores para la depresión menor, la diferencia principal es que los episodios de depresión leve de la CIE-10 requieren un mínimo de cuatro síntomas depresivos y pueden incluir hasta 10 síntomas depresivos; por el contrario, el número mínimo de depresión menor es dos y el máximo es cuatro.

Los trastornos depresivos se les pueden dar una visión general a través de la Escala de Beck, sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes con depresión. Este test ha experimentado modificaciones respecto a versiones anteriores para representar mejor la esencia que se presenta en el DSM IV y el CIE 10 (ver anexo 2). (20)

Este test se describe como un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamiento o deseos de suicidio, entre otros. (20)

La interpretación de las puntuaciones en este test en cualquiera de sus versiones y formas se basa habitualmente en unos criterios o puntuaciones de corte que definen diferentes categorías o niveles de gravedad de sintomatología depresiva. Así, el manual original del BDI-II propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. El uso de criterios o puntuaciones de referencia para distinguir distintos niveles de sintomatología son también habitual en muchos otros instrumentos psicopatológicos y responde a una tradición clínica sobre la utilidad de diferenciar niveles sindrómicos en función del número de síntomas presentes y su intensidad. (21)

Factores asociados a la presencia de trastornos depresivos menores.

Datos sociodemográficos.

Edad.

La prevalencia de la depresión alcanza el 8 % en las personas jóvenes y cerca de 100 000 personas por año padecen depresión en algún momento de su vida. Existe una mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años. Según la edad existen diferencias respecto a los síntomas predominantes, por ejemplo, en el adolescente se asocia a trastornos disociales, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias, todo esto asociado a la carga académica como principal factor de riesgo ya que la disciplina de la carrera de medicina es más exigente en relación a las otras carreras. (22)

Este fenómeno se presenta desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de postgrado, cuando una persona está en un período de aprendizaje experimenta tensión. A ésta se le denomina estrés académico, y ocurre tanto en el estudio que se realiza de manera individual como el que se efectúa en el aula escolar, predisponiéndose a presentar trastornos depresivos menores en donde el estado de los estudiantes se encuentra vulnerable y decaído. (22)

La etapa del ciclo vital en la que se encuentran la mayoría de los estudiantes universitarios, es la adolescencia tardía. Y es justamente allí, cuando se acentúan

algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad. (22)

Sexo.

Las mujeres tienen más prevalencia en la manifestación de los estados depresivos, y el rango de edad de estos estudiantes oscila entre los 19 a 21 años. Se ha asociado la prevalencia de depresión en el sexo femenino por la desvalorización de la mujer a lo largo de la historia y la concepción de ésta como el sexo débil, y esto nos lleve a la creencia de una mayor tendencia a la depresión y la ansiedad. (23)

Sin embargo, lo que interesa reconocer, es el rol masculino y las exigencias a la virilidad se atribuyen a la aparición de trastornos depresivos menores, puesto que, aunque a nivel cultural al hombre no se le esté permitido demostrar debilidad, esto no significa que no sienta y no desarrolle sintomatología patológica. (23)

Procedencia.

Las personas provenientes de áreas rurales son más vulnerables a presentar trastornos depresivos, esto podría asociarse a la diferencia entre indicadores académicos en los cuales los estudiantes que proceden de las zonas altamente urbanizadas tienen los mejores indicadores académicos, mientras que los que proceden de las zonas rurales, tiene los peores. (24)

Empleabilidad.

En los años 2000 y 2010 los estudios sobre la asociación entre factores psicosociales laborales y depresión, definieron los factores de riesgo como las condiciones presentes en una situación laboral, la realización de la tarea e incluso el entorno de trabajo que tienen capacidad de afectar negativamente el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador, este estrés emocional se asocia a la aparición de trastornos depresivos en estudiantes universitarios que tienen una ocupación laboral a parte de sus responsabilidades académicas. (25)

Factores familiares que predisponen a trastornos depresivos.

El ambiente familiar tiene una función educativa y afectiva significativa ya que se parte desde la base de que los padres tienen una gran incidencia en el comportamiento de sus hijos y tal comportamiento es aprendido en el seno de la familia. (26)

Lo que diferencia a unas familias de otras es su funcionalidad, la misma que incide en el ambiente, ya sea este positivo y constructivo que propicie el desarrollo adecuado de habilidades sociales, atendiendo las necesidades que se presenten para el desarrollo integral del individuo, o negativo por la carencia de estructura familiar o no conviven correctamente las relaciones interpersonales de manera asertiva, amorosa, entre otras. (26)

Disfunción familiar.

El funcionamiento familiar se define al conjunto de procesos en la crianza o interacción de un grupo de personas que forman una familia, que se orienta al crecimiento físico y emocional de los miembros. Así se interpreta que la familia es el pilar básico, que determina el comportamiento reproductivo, el desarrollo emocional y las relaciones con la sociedad. (27)(28)

Es decir que, la funcionalidad familiar es el punto que da pie a que un individuo enfrente cada etapa de su vida y supere cada crisis que pueda atravesar, y de acuerdo a esto, el mal o el buen funcionamiento y rol que tuvo su familia es un factor determinante en la conservación de su salud o la aparición de una enfermedad. (28)

Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia. (29)

Es por ello que la disfunción familiar corresponde a una temática polémica a tratar en el contexto social y educativo; sobre todo cuando su incidencia se ve reflejada en los problemas de aprendizaje, y las repercusiones a largo plazo en la vida adulta

de un individuo. La familia y la función familiar desempeñan un rol importante en la comprensión, diagnóstico y manejo de adolescentes y adultos, con y sin criterios para trastorno mental. (26)(27)

Una herramienta para valorar la función familiar es el **Apgar familiar**, una técnica rápida y sencilla desarrollada por Smilkstein en 1978, la cual se ha venido incorporando a la práctica clínica del médico como una herramienta para el abordaje de los problemas familiares. Este instrumento es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. (29)(30)

Este evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes:

Adaptación , es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
Participación , o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
Gradiente de recursos , es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
Afectividad , es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
Recursos o capacidad resolutive , el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía. (30)

Este se aplica mediante un cuestionario simple, el cual previa aplicación, se le explica al participante de qué se trata, cuál es el objetivo.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0, nunca; 1, casi nunca; 2, algunas veces; 3, casi siempre; 4, siempre (ver anexo 3).

Dependiendo de las respuestas se le da una interpretación, normal (17-20 puntos), disfunción leve (13-16 puntos), disfunción moderada (10-12 puntos), disfunción severa (menor o igual a 9).

Comunicación familiar.

Generalmente la familia se concibe como una institución social, un sistema particular de interacción, donde se genera control y autorregulación. Por lo tanto, es un sistema interactivo de comunicación, que puede llegar a presentar dificultades en la cotidianidad que se establece entre los integrantes que la componen. En el proceso de expresión familiar, se dan tres aspectos fundamentales: el contexto, la codificación y el valor. (31)

La comunicación se define como el sistema de comportamiento integrado que calibra, regula, mantiene y, por ello, hace posibles las relaciones entre los hombres. No nada más que una simple transmisión de información, sino uno de los mecanismos tanto para la complejización de las relaciones familiares como del instrumento para replantear aspectos de la misma que pueden darse en un contexto terapéutico, esto definido así porque de esta manera se le da un alcance más humano y social. (31)

La comunicación también se puede estudiar desde un proceso constante de movimiento, desde el cual conviven la conservación y la reproducción, y por tanto la renovación de la vida del hombre, y como mencionamos anteriormente que la familia es el pilar de la vida de un individuo, es importante mencionar que la comunicación es el lazo entre los mismos. (31)(32)

Cuando relacionamos esta con la vida universitaria, hablamos que un estudiante al emprender este camino, lleva detrás, expectativas individuales y familiares, además de que carga una estrategia fundamental para su desarrollo social fundamentada

en el seno familiar, principalmente porque en nuestra cultura los vínculos familiares suelen ser más estrechos en comparación con otras. (32)

Olson, Russell y Sprenkle crearon una propuesta basada en la funcionalidad familiar, la cual expresa que esta se sostiene en tres dimensiones: 1) **cohesión**: sentimientos de cercanía o distancia emocional que perciben cada uno de los miembros en la dinámica familiar, 2) **flexibilidad**: corresponde a la capacidad para adaptarse, cambiar los sistemas de poder, reglas, estrategias de solución en la familia y 3) la **comunicación familiar**: referida a la capacidad de transmitir información sobre los sentimientos, emociones, necesidades entre los miembros de la familia, este modelo se le denominó **Modelo circumplejo**. (33)

Con base en este modelo se construyeron diversas escalas de evaluación a través del tiempo. El rol de la comunicación en las relaciones familiares propició que se desarrollen instrumentos de evaluación que permitiesen caracterizarla en cada familia y facilitar su comprensión. Barnes y Olson desarrollaron la *Escala de comunicación padres-adolescentes* con base en 35 reactivos, que tras el análisis factorial se delimitaron tres dimensiones: la apertura, los problemas y la selectividad.

Posteriormente se creó una versión final de PACS que consistía en 20, que luego daría paso a una escala aún más sencilla y precisa denominada **Escala de comunicación familiar** (FCS), la cual consta de 10 ítems que contemplaría solamente las habilidades positivas de la comunicación entre todos los miembros del sistema familiar; entre sus ventajas están la facilidad y la rapidez de su aplicación además de poder ser utilizado con diversos de tipos de familia, según la composición y/o en las distintas etapas del ciclo de vida (ver anexo 4). (33)(34)

Está en términos más específicos, evalúa el intercambio de información, ideas, pensamientos y sentimientos entre los miembros de la familia, pudiendo variar de pobre a muy efectiva. Los ítems deben responderse en una escala Likert de 5 puntos donde 1 significa “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”, siendo la puntuación mínima de la escala 10 puntos y la máxima 50 puntos. Puntajes más altos indican mejor comunicación familiar. (34)

Cohesión familiar.

La cohesión familiar es el vínculo emocional o el grado de relación o cercanía que los integrantes de una familia tienen o perciben entre sí. Tal característica se puede asociar con la unión afectiva, la fidelidad, la interdependencia entre sus integrantes, la generación de valores, las creencias y el intercambio de ideas. (35)

La cohesión familiar es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar, sin embargo, para un desarrollo óptimo de cada uno de los miembros de la familia, el nivel de cohesión debe al mismo tiempo ser compatible con la necesaria individualización y autonomía de todos y cada uno de ellos. (36)

La satisfacción de la familia implica un conjunto de demandas funcionales entre sus integrantes y la percepción entre los mismos de que estos están siendo aceptados, validados y satisfechos por los demás. Sentir un grado aceptable de satisfacción familiar, inducirá a los miembros de la familia a intercambiar emociones, sentimientos a desarrollar pautas de interacción adecuadas, cooperativas, así como a validar y fortalecer la imagen mutua de cada integrante. (36)

Teniendo como respaldo el modelo circunplejo se desarrolló la escala FACES (family adaptability and cohesion evaluation scales), la cual permite valorar en dos dimensiones la funcionabilidad familiar, la cohesión, la adaptabilidad. Luego se añadió una dimensión más, como facilitadora, siendo esta la comunicación (ver anexo 5). (37)

Esta escala (FACES III) consta de 20 ítems, cada uno valorado en la escala de Likert de cinco opciones. Como test se divide en dos partes, una en la que se utilizan los 20 ítems que evalúa como el individuo percibe a su familia en ese momento, y otra en la que el individuo debe reflejar como le gustaría que su familia fuera, utilizada siempre los mismos 20 ítems. (38)

Al momento de estudiar los resultados se pueden diferenciar 4 tipos de cohesión familiar: desligada, separada, conectada y aglutinada, los cuales se definen así: (38)

Desligada, se caracteriza por una gran autonomía individual y poca unión familiar, límites generacionales rígidos, mucho tiempo separados física y emocionalmente,

priman las decisiones individuales, las actividades y los amigos son individuales y no familiares.

Separada, tiene que ver con moderada independencia de los miembros de la familia, límites generacionales claros, hay un equilibrio entre estar solos y en familia, amigos individuales y familiares, algunas actividades familiares espontáneas y soporte en las actividades individuales, decisiones con base individual.

Conectada, Se identifica con moderada dependencia de la familia; claros límites generacionales; mucho tiempo, espacio, amigos y actividades en familia, aunque pueden conservar algunos amigos y tiempos individuales; las decisiones importantes son hechas en familia.

Aglutinada, Se define por su alta sobre-identificación familiar que impide el desarrollo individual; los límites generacionales son borrosos; el tiempo, los amigos y las actividades deben compartirse en familia; todas las decisiones son tomadas en familia.

Para determinar el tipo de cohesión, se sumarán los puntos de los 10 ítems impares del FACES III y para determinar el tipo de adaptabilidad se sumarán los puntos pares. La cohesión extremadamente baja corresponde a las familias desligadas y la cohesión extremadamente alta corresponde a las familias amalgamadas. Los niveles moderados o intermedios corresponden a las familias separadas y conectadas. Para Olson los niveles moderados o intermedios facilitan el funcionamiento familiar, los extremos son dificultosos. (39)

La interpretación del Test FACES III se da de la siguiente manera: en lo que respecta a la cohesión, es desligada (10 a 34 puntos), separada (35 a 40 puntos), conectada (41 a 45 puntos) y amalgamada (46 a 50 puntos); en lo que respecta a adaptabilidad, es rígida (10 a 19 puntos), estructurada (20 a 24 puntos), flexible (25 a 28 puntos), y caótica (29 a 50 puntos). (40)

Codependencia familiar.

La codependencia se define como una “condición psicosocial que se manifiesta a través de un patrón disfuncional de relacionarse con los otros y que se caracteriza

por: extrema focalización en el otro, poca expresión de los sentimientos propios e intentos por buscar una definición personal a través de otros”. (41)

Las personas que viven alrededor de la codependencia emocional, tienen miedo a ser rechazadas y suelen preocuparse en exceso por complacer a quienes lo rodean, puesto que se sienten responsables de la felicidad de los demás y con la obligación de contentarles.

Para evaluar el nivel de codependencia se utiliza la escala de codependencia de Spann-Fischer (ver anexo 6), la cual originalmente consta de 48 ítems, pero para fines de este estudio se utilizará una adaptación elaborada en Argentina por estudiante, que la apilaron en su estudio monográfico. Esta consta de 16 ítems, los cuales deben responderse en una escala Likert de 6 puntos donde 1 significa “totalmente en desacuerdo” y 6 “totalmente de acuerdo”. La interpretación de la escala se hace siguiendo la cantidad de puntos, entre mayor puntaje, mayor codependencia. (42)

Diseño metodológico.

Tipo de estudio.

Transversal analítico; se analizó la prevalencia de trastornos depresivos menores en la población de estudiantes de medicina, a través de la aplicación de análisis de estadística descriptiva (análisis de frecuencia, MTC), además se estableció dos grupos de comparación entre los que presentaban el fenómeno, y se aplicó análisis bivariado para identificar la asociación entre variables y el riesgo de ocurrencia del evento por cada variable de exposición.

Área de estudio.

Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN – León.

Periodo de estudio.

II trimestre el año 2022.

Universo.

609 estudiantes de la carrera de medicina de la UNAN - León 297 y 312, de primer y segundo año correspondientemente.

Muestra.

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

N: población total (609) que corresponde a 297 (49%) estudiantes en primer año y 312 (51%) estudiantes en segundo año.

Z: 1.96 (corresponde al valor de Z para un nivel de confianza del 95%).

p: proporción de ocurrencia en el evento 50% (0.5).

1: complemento de p (1-p), 0.5

d: 0.05

$$N = \frac{609 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (609 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

Muestra: 243 estudiantes.

Muestreo.

Muestreo estratificado simple, dividiendo la población en dos grupos, los que cursan primer año, y los que cursan segundo año, posterior se estratifico de acuerdo a la proporción de estudiantes que existen en el universo.

Año	N° de Estudiantes	% por población	Muestra por estrato
1er año	297	49	119
2do año	312	51	123
Total	609	100	243

- Criterios de inclusión.

Estudiantes matriculados en la carrera de medicina de la UNAN – León en el año 2022, que cursan el 1er y 2do año.

Estudiantes activos de 1ro y 2do año de la carrera de Medicina, de la UNAN – León, en el año 2022.

Estudiantes que estén dispuestos a participar y que hayan firmado el consentimiento informado.

Variables de estudio.

Variable dependiente.

Trastorno depresivo menor.

Variable independiente.

Edad.

Sexo.

Procedencia.

Disfunción familiar.

Disfunción en la comunicación familiar.

Cohesión familiar.

Codependencia familiar.

Fuente de información.

Primaria, obtenida de la población de estudio mediante un cuestionario.

Método de recolección de datos.

Para acceder a la información se entregó una carta solicitando el permiso y la autorización del coordinador estudiantil de primer y segundo año de la carrera de medicina y así obtener los datos necesarios, explicando el objetivo de la investigación y que el estudio será confidencial.

Posteriormente se realizó visita a los grupos de estudiantes informando el objetivo y detallando el llenado del instrumento de recolección de datos, explicando que ellos pueden manifestar su autonomía para continuar o retirarse cuando considere pertinente. Se procedió a compartir a través de grupos de WhatsApp el link del cuestionario y se brindó del tiempo debido para su realización.

Instrumento de recolección de datos.

Cuestionario que consta de una serie de preguntas de opción múltiple respecto a los datos sociodemográficos, así también estará compuesto por los Test de Apgar familiar, de Beck, de comunicación familiar, de cohesión y adaptabilidad familiar, y el de codependencia familiar de Spann Fischer.

El cuestionario está compuesto por 87 variables de las cuales 11 son datos sociodemográficos, 21 correspondientes al Test de Beck, 9 al Test de Apgar familiar, 10 de comunicación familiar (FCS), 20 para cohesión y adaptabilidad (FACES III) y 16 para codependencia (Spann-Fischer).

Procesamiento y análisis de datos.

Se realizó una base de datos en el programa SPSS con los datos obtenidos a través de la encuesta, basándose en los indicadores de las variables propuestas. Luego de la introducción de los datos se procedió a realizar una limpieza de la base de datos, para posteriormente llevar a cabo análisis estadísticos como medidas de tendencia central (media, moda, análisis de frecuencia relativa, datos numéricos), medidas de prevalencia, factores de riesgo, análisis bivariado, chi cuadrado, intervalo de confianza.

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 0.05, se usó OR tomando en cuenta que menor de 1 es factor protector y mayor de 1 es factor de riesgo, también se implementó el intervalo de confianza (IC) donde todos los valores que no interceptan con 1 poseen significancia estadística.

Para la correcta interpretación del Test de Apgar familiar utilizado en esta investigación, se tomó una versión adaptada de 9 ítems que se interpretan haciendo un ajuste de los datos mediante baremos estableciendo categorías con puntajes: normal (≥ 31), leve (24-30), moderada (19-23), severa (≤ 18).

La interpretación del test se realiza siguiendo la premisa de que, a mayor puntaje, mejor comunicación familiar, se definieron percentiles de acuerdo a la puntuación obtenida en el test, para poder establecer 3 puntos de corte para encontrar 4

categorías equivalentes al grado de respuesta de los participantes, así se obtienen 4 resultados: Normal (42 - 50), leve (32 - 41), moderado (22 - 31) y severo (10 - 21).

Con respecto al Test de Spann-Fisher se interpreta que, a mayor puntaje, mayor codependencia, se definen percentiles de acuerdo a la puntuación obtenida en el test, para poder establecer 2 puntos de corte para encontrar 3 categorías equivalentes al grado de respuesta de los participantes, así se obtienen 3 resultados: leve (<53), moderado (54 - 66) y severo (>66).

Para realizar el análisis bivariado, se llevó a cabo una dicotomización de las variables que muestran una interpretación de más de dos grupos: en la edad se tomó como punto de corte la edad de 19 años, siendo los menores de 19 el grupo tomado como factor de riesgo; en el sexo, el femenino se planteó como factor de riesgo; por último, en la variable procedencia, rural es el factor de riesgo.

El Test de Beck determinó si el individuo **presenta** (moderada, grave) o **no presenta** (mínima, leve) trastorno depresivo menor. El Test de Apgar familiar refleja **presencia de disfunción familiar** (moderada, severa) o **función familiar normal** (normal, leve). La escala FCS muestra quien tiene **disfunción en la comunicación familiar** (moderada, severa) o una **comunicación familiar funcional**.

El Test de cohesión determinó una **cohesión familiar inadecuada** (familias desligadas y amalgamadas) y una **cohesión familiar adecuada** (familias separadas y conectadas). Así también se determina mediante el mismo test una **adaptabilidad familiar inadecuada** (familias rígidas y caóticas) y una **cohesión familiar adecuada** (familias estructuradas y flexibles). El Test de codependencia familiar pone en manifiesto las familias **codependientes** (moderada, severa) y **no codependientes** (leve).

Aspectos éticos.

Beneficencia: A ninguno de los participantes les fue afectada su integridad, física, psicológica, social o espiritual y se trató de protegerlos al máximo, aunque esto implicara la no participación en nuestra investigación.

Consentimiento informado: Se les solicito la participación voluntaria de las personas en estudio, explicándole los objetivos de la investigación y la utilidad de la misma, el paciente firmo el documento de consentimiento informado si estaba dispuesto a participar en el estudio.

Autonomía: El participante en el estudio tuvo la libertad de retirarse de este, cuando él lo considerara conveniente, tuvo el derecho a decidir si se permitía que la información brindada durante el tiempo que participo pueda ser usada en el estudio.

Anonimato: Se explico al paciente que no se tomaron datos que puedan poner en riesgo la identidad e integridad de las personas que participaran en la investigación.

Confidencialidad: La información obtenida fue manejada únicamente por el equipo investigador y fue utilizada únicamente para fines de estudio.

Operacionalización de variables.

Variable.	Definición.	Indicador.	Valor.	Tipo de variable.
Edad.	Tiempo que transcurre desde el nacimiento al momento de la entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> • Cédula de identidad • Partida de nacimiento • Referido por el estudiante 	16 a 29.	Cuantitativa Discreta
Sexo.	Características biológicas que distingue al hombre y a la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de vestimenta utilizada • Documento de identificación 	1. Masculino. 2. Femenino.	Cualitativa nominal
Estado civil.	Situación de convivencia o vínculos personales del individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Registro civil 	1. Soltero/a. 2. Casado/a. 3. Unión libre.	Cualitativa nominal
Procedencia.	Zona de origen del estudiante	<ul style="list-style-type: none"> • Cédula de identidad o partida de nacimiento 	1. Urbano. 2. Rural.	Cualitativa nominal
Departamento de procedencia	Ubicación geográfica de donde es originario.	<ul style="list-style-type: none"> • Cédula de identidad o partida de nacimiento 	Cualquiera de los 15 departamentos o las 2 regiones autónomas de Nicaragua.	Cualitativa nominal
Municipio de procedencia	Referencia geográfica de donde proviene.	<ul style="list-style-type: none"> • Cédula de identidad o partida de nacimiento 	Cualquiera de los 153 municipios de Nicaragua	Cualitativa nominal

Religión.	Creencias o convicciones del individuo.	<ul style="list-style-type: none"> Referido por el encuestado 	1. Evangélico. 2. Católico. 3. Testigo de Jehová. 4. Mormón. 5. Ateo. 6. No profeso una religión en específico.	Cualitativa nominal
Año que cursa.	Año universitario cursado hasta el momento de la entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> Certificado de notas Clases que cursa 	1. Primer año. 2. Segundo año.	Cualitativa ordinal
Trabaja.	Labor extra que realiza el estudiante.	<ul style="list-style-type: none"> Referido por el encuestado 	1. Si. 2. No.	Cualitativa nominal
Tipo de trabajo	Empleo u oficio que desempeña el estudiante	<ul style="list-style-type: none"> Referido por el encuestado 	<ul style="list-style-type: none"> Referido por el encuestado. 	Cualitativa nominal
Lugar de residencia.	Lugar en donde habita el estudiante en periodos de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> Carnet de estudiante 	1. Vive en casa propia. 2. Alquila un cuarto. 3. Vive en residencias universitarias.	Cualitativa nominal
Apoyo económico.	Sustento monetario que le es otorgado al individuo para cubrir sus necesidades	<ul style="list-style-type: none"> Referido por el encuestado 	1. Si. 2. No.	Cualitativa nominal
Percepción del apoyo económico	Valoración del sustento monetario	<ul style="list-style-type: none"> Referido por el encuestado 	1. Bueno 2. Regular 3. Malo	Cualitativa ordinal
Trastorno depresivo menor	Presencia de un mínimo de 2 y un máximo de 4 síntomas depresivos con duración de 2 semanas y que han producido un cambio respecto al nivel previo de actividad.	Test de Beck	1. Si. 2. No	Cualitativa nominal

Disfunción familiar	Familia que incumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno.	Escala de Apgar familiar	1- Disfunción leve 2- Disfunción moderada 3- Disfunción severa	Cualitativa nominal
Comunicación familiar	Sistema interactivo que calibra, regula, mantiene y hace posibles las relaciones entre los integrantes de la familia.	Escala de comunicación familiar FCS	1. Si. 2. No	Cualitativa nominal
Cohesión y adaptabilidad familiar	Vínculo emocional, relación o cercanía que los integrantes de una familia tienen entre sí.	Escala FACES III	1- Desligada 2- Separada 3- Conectada 4- Amalgamada	Cualitativa nominal
Codependencia familiar	Patrón disfuncional familiar que se caracteriza por: extrema focalización en el otro, poca expresión de los sentimientos propios e intentos por buscar una definición personal a través de otros	Escala de codependencia Spann-Fischer	1. Si. 2. No	Cualitativa nominal

Resultados.

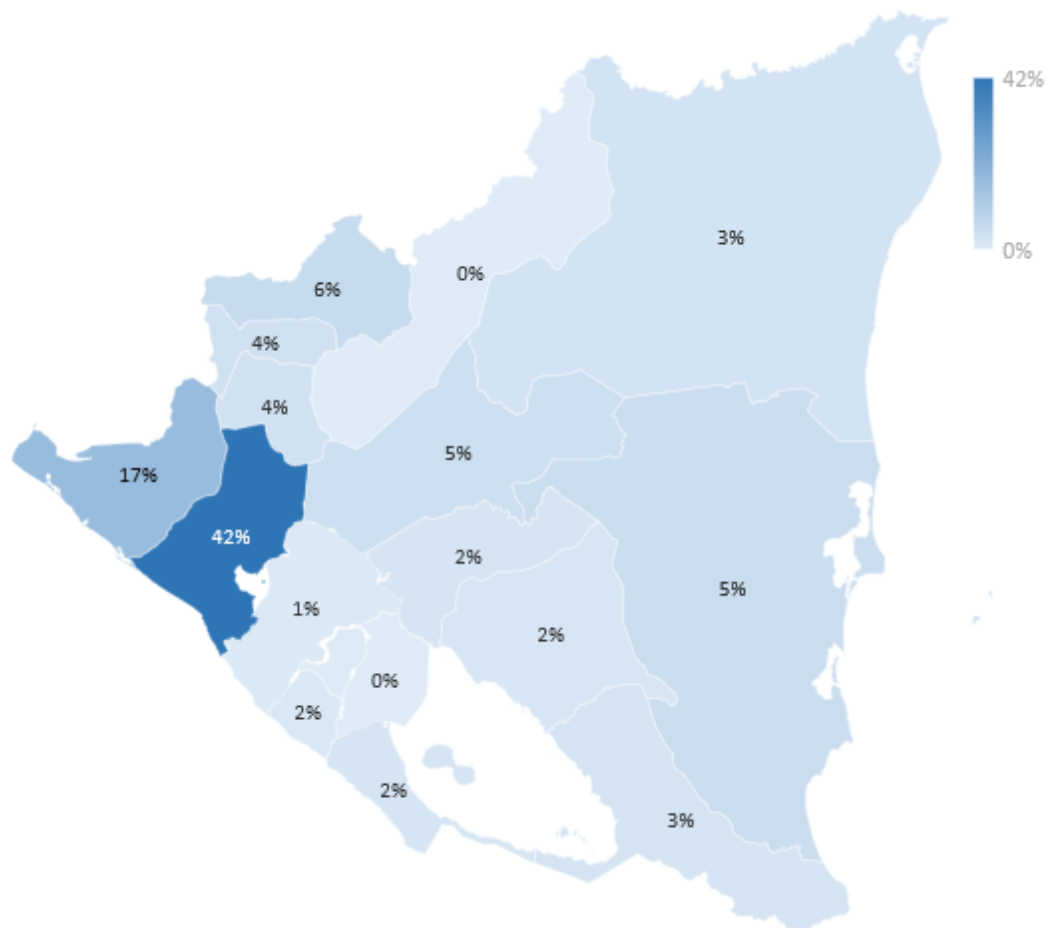
El estudio contó con una población de 249 estudiantes de la carrera de medicina, 137 (55%) pertenecen al 2do año; el 61% de la población es de sexo femenino, y el 80% tenían procedencia urbana. De acuerdo a la edad, el rango mínimo fue de 16 y el máximo de 29 años, el dato que más se repite es 17, y la edad promedio es de 18.52 años. (Ver tabla 1)

Tabla 1: Distribución porcentual de las características sociodemográficas de la población en estudio. (n=249)

Indicador	n=249	r (%)
Edad		
≤ 19 años	200	80
≥ 20 años	49	20
Sexo		
<i>Femenino</i>	153	61
<i>Masculino</i>	96	39
Estado civil		
<i>Soltero</i>	241	97
<i>Casado</i>	3	1
<i>Unión libre</i>	5	2
Año académico		
<i>1er año</i>	112	45
<i>2do año</i>	137	55
Procedencia		
<i>Urbano</i>	198	80
<i>Rural</i>	51	20
Religión		
<i>Evangélico</i>	70	28
<i>Católico</i>	128	51
<i>Ninguna</i>	46	19
<i>Otras</i>	5	2
Trabaja		
<i>Sí</i>	18	7
<i>No</i>	231	93

Fuente: encuesta.

**Gráfico 1: Mapa de procedencia por departamento de la población en estudio.
(n=249)**



Fuente: encuesta.

Cuando se analiza la procedencia de cada uno de los estudiantes, el 42% pertenece al departamento de León, seguido del departamento de Chinandega con el 17%. (Ver gráfico 1)

Tabla 2. Asociación de las características sociodemográficas con el desarrollo de trastornos depresivos menores. (n=249)

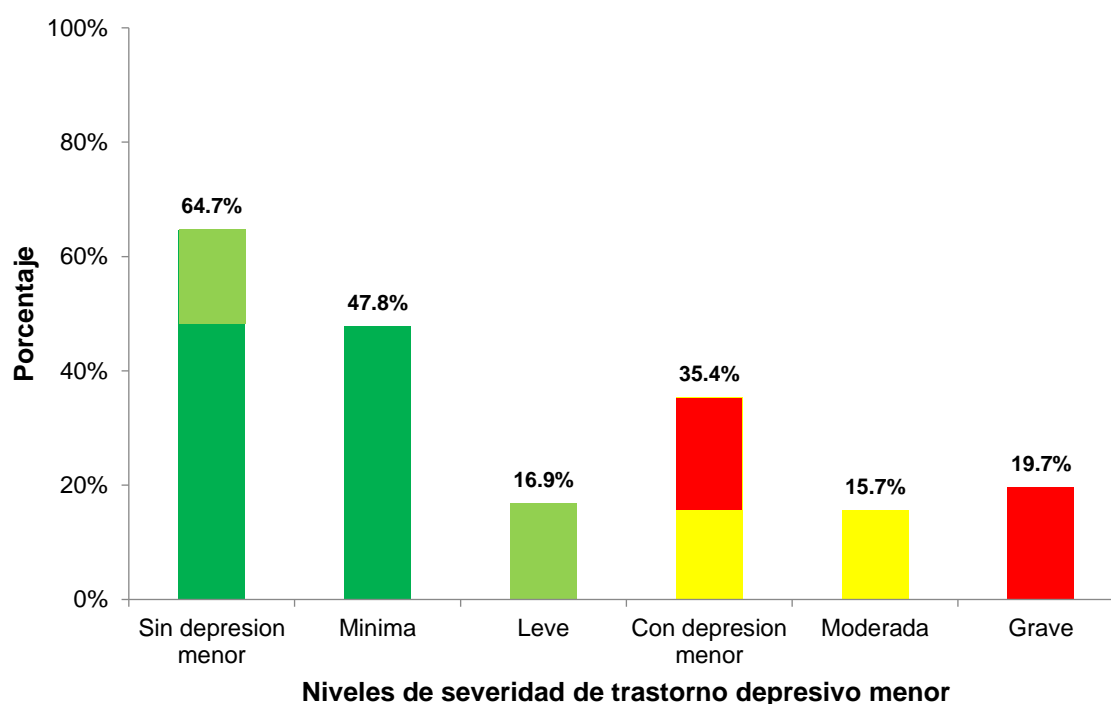
Variable	Depresión menor		OR	P	IC (95%)
	Si (n=88)	No (n=161)			
Edad					
≤ 19 años	70	130	0.927	0.868	0.484-1.775
≥ 20 años	18	31			
Sexo					
Femenino	66	87	2.552	0.001	1.438-4.528
Masculino	22	74			
Procedencia					
Rural	15	36	0.713	0.412	0.366-1.391
Urbano	73	125			

Fuente: encuesta.

Cuando se asocian las características sociodemográficas más importantes, se evidencio que el sexo femenino presenta 2.552 veces más riesgo de presentar un trastorno depresivo menor con respecto al sexo masculino (p: 0.001) [1.438-4.528], mientras que la edad ≤ 19 años presentó un OR de 0,927 (p: 0.868) [0.484-1.775] y la procedencia rural presentó un OR de 0.713 (p: 0.412) [0.366-1.391].

Con respecto al nivel de trastorno depresivo menor de los estudiantes en la población en estudio, se identificó una prevalencia de 35.4% equivalente a 88/249 de los participantes, de los cuales el 15.7% presentaron trastorno depresivo menor moderado y el 19.7% corresponde a trastorno depresivo menor grave. (Ver gráfico 2)

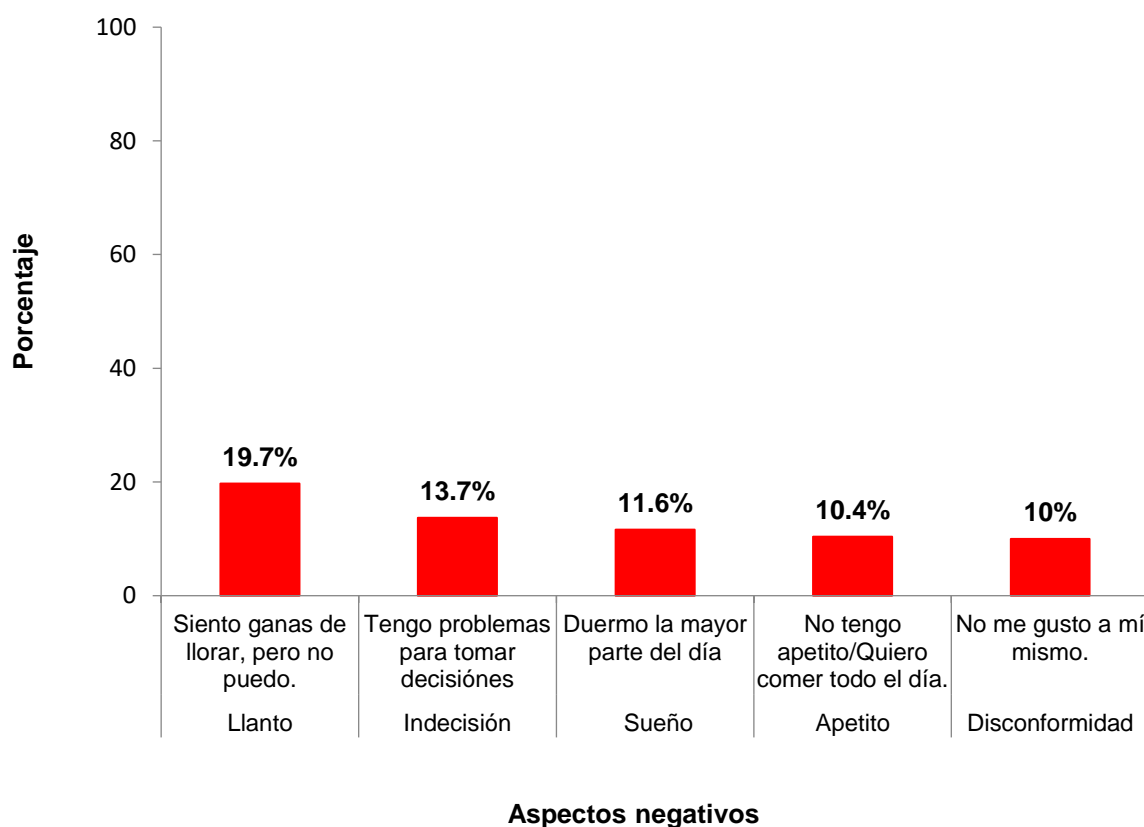
Gráfico 2. Prevalencia de trastorno depresivo menor en la población de estudio. (n=249)



Fuente: encuesta.

De acuerdo a las expresiones negativas más prevalentes del Test de Beck se evidencio que el 19.7% eran relacionadas al llanto, el 13.7% al problema con la toma de decisiones y el 11.6% tenían alguna alteración del sueño. (Ver gráfico 3)

Gráfico 3. Expresiones negativas del Test de Beck de mayor prevalencia en estudiantes de medicina. (n= 249)



Fuente: encuesta.

En cuanto a los factores familiares asociados al trastorno depresivo menor, se encontró que, dentro del apartado de Disfunción familiar el 33% presentó disfunción severa; en el apartado de Comunicación familiar, el 18% presentó disfunción en la comunicación severa; en el apartado de cohesión familiar, que mide cohesión y adaptabilidad, se encontró que dentro de la cohesión, las familias desligadas representan un 47%, mientras que en adaptabilidad, las familias caóticas representan un 44%; y en el apartado de codependencia familiar, el 35% presentan codependencia severa. (Ver tabla 3)

Tabla 3: Prevalencia de factores familiares en la población en estudio. (n=249)

Indicador	n=249	r (%)
Disfunción familiar		
Severa	83	33
Moderada	37	15
Leve	69	28
Sin disfunción	60	24
Disfunción en la comunicación familiar		
Severa	44	18
Moderada	58	23
Leve	79	32
Sin disfunción	68	27
Cohesión familiar		
Desligada	116	47
Separada	54	22
Conectada	48	19
Amalgamada	31	12
Adaptabilidad familiar		
Rígida	59	24
Estructurada	42	16
Flexible	39	16
Caótica	109	44
Codependencia familiar		
Severa	88	35
Moderada	77	31
Leve	84	34

Fuente: encuesta.

Cuando se relacionan los factores familiares con los grados de depresión tomando en cuenta depresión severa y moderada como trastorno depresivo menor, se tienen los siguientes resultados:

Una familia disfuncional actúa como un factor de riesgo que aumenta 10.5 veces la probabilidad de presentar trastorno depresivo menor ($p: 0.001$) [5.595-20.057]. Presentar una comunicación familiar disfuncional aumenta en 10.4 veces el riesgo de presentar trastorno depresivo menor ($p: 0.001$) [5.668-19.142].

Por otra parte, cuando se habla de cohesión, medimos la cohesión mismo, juntos a la adaptabilidad, una familia con una cohesión familiar inadecuada presenta 5.7 veces más riesgo de presentar trastorno depresivo menor ($p: 0.001$) [3.028-10.81], mientras que una familia con una adaptabilidad inadecuada presenta 1.2 veces más riesgo de presentar trastorno depresivo menor ($p: 0.482$) [0.705-2.170].

Por último, la presencia de codependencia familiar aumenta en 6.6 veces el riesgo de desarrollar trastorno depresivo menor ($p: 0.001$) [3.02-13.735]. (Ver tabla 4)

Tabla 4: Factores familiares asociados a la presencia de trastorno depresivo menor en estudiantes de primer y segundo año de la carrera de medicina año 2022.

Variable	Depresión menor		OR	P	IC (95%)
	Si (n=88)	No (n=161)			
Disfunción familiar					
Si	72	48	10.594	0.001	5.595-20.057
No	16	113			
Comunicación familiar disfuncional					
Si	66	36	10.417	0.001	5.668-19.142
No	22	125			
Cohesión familiar inadecuada					
Si	73	74	5.722	0.001	3.028-10.81
No	15	87			
Adaptabilidad familiar inadecuada					
Si	62	106	1.237	0.482	0.705-2.170
No	26	55			
Codependencia familiar					
Si	78	87	6.634	0.001	3.02-13.735
No	10	74			

Fuente: encuesta.

Discusión.

El presente estudio se realizó con la finalidad de determinar la prevalencia y factores de riesgo de trastornos depresivos menores. Con respecto a los datos sociodemográficos el sexo femenino tiene un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos que el masculino justo como describe Yan Liu (8) en su trabajo en febrero del 2019.

A su vez se encontró que existe una alta prevalencia de depresión menor en un 35.4% dentro de los cuales el 19.7% correspondía a depresión menor grave, 15.7% depresión menor moderada, lo cual es similar a la prevalencia general expuesta en el estudio realizado por Ferrel (23) en Colombia en 2011 correspondiente a 53%, de los cuales 8% presentaron depresión grave, 19% moderada, y 25% leve.

El metaanálisis de Rohan Puthran (5) en Asia 2016, señaló que para Chew-Graham, la transición de mudarse lejos del hogar y los factores estresantes académicos fueron dos factores relacionados a la depresión, estos datos se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada a un grupo de estudiantes en la Universidad de Manchester; también concluye que la prevalencia de la depresión es significativamente más alta en los estudiantes de medicina de los primeros años (33.5%, 32.4%, primer y segundo año respectivamente) y que disminuye en los años siguientes debido a la adaptación de la carga académica de cada estudiante (20.5% en quinto año).

Dentro de los factores de riesgo con significancia estadística que se asociaron al aumento de la incidencia de depresión menor se encontraron que aquellos estudiantes que tienen una familia disfuncional, una mala comunicación familiar, una cohesión familiar inadecuada y una codependencia familiar tienen más riesgo de padecer algún trastorno depresivo de diferente gravedad.

Al analizar en detalle las situaciones familiares relacionadas al desarrollo de Trastorno depresivo menor en estudiantes de medicina se encontró que:

La disfunción familiar aumenta 10.5 veces más el riesgo de sufrirlo, Esto se corresponde con el estudio de Zapata (28) en 2007; ya que al estratificar por grados

de severidad la disfunción familiar moderada provoca mayor riesgo de presentar depresión.

En el individuo con una comunicación familiar disfuncional existe un incremento de la posibilidad en 10.4 veces más el desarrollo de TDM; al relacionar esto con lo planteado por López (14) se deja en evidencia la influencia directa de la comunicación familiar negativa con el aumento de síntomas depresivos en el individuo, sobre todo si este es del sexo femenino.

La cohesión familiar inadecuada es un factor de riesgo que aumenta hasta 5.7 veces la probabilidad de padecer TDM. En detalle se encontró que el 47% provienen de familias desligadas y 13% de familias amalgamadas, además en la adaptabilidad familiar que conforma la segunda categoría de la cohesión familiar en estos estudiantes, está representada en un 24% por familias rígidas y 44% por familias caóticas.

Al comparar estos resultados con lo propuesto por Olson (39, 40), estas situaciones extremas en la dinámica familiar son difíciles de afrontar y conllevar por el individuo, estos datos también se explican con los hallazgos de Aguilar, cuando la cohesión familiar es inadecuada se establecen relación poco cooperativas que debilitan la imagen mutua de los miembros de la familia, por estas razones queda evidenciado el riesgo que representa la cohesión familiar inadecuada para el desarrollo de TDM en estudiantes los primeros años de la carrera de medicina.

Se tomó en cuenta que la investigación realizada puede contar con ciertas limitaciones que podrían afectar los resultados, como la dificultad de encontrar antecedentes locales relacionados con los objetivos planteados, también los instrumentos utilizados para determinar estados depresivos suelen tener menor especificidad que las entrevistas orientadas e individuales como la Entrevista Clínica Estructurada (SCID) o la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta (CIDI) basada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), lo que podría influir en la validez del estudio.

La importancia de este estudio radica en que, al no existir antecedentes de este tipo de investigación en la población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de León, se consideró relevante tener una aproximación a los mismos para conocer las realidades propias de los estudiantes, e implementar en consecuencia mecanismos de atención e investigación en el área de la salud mental.

Conclusión.

Esta investigación tuvo como objetivo identificar factores familiares asociados a la aparición de trastornos depresivos menores, participaron 249 estudiantes con edad desde 16 hasta 26 años con una moda de 17 años, población predominantemente femenina, solteros, la mayoría de procedencia urbana, el catolicismo es la principal creencia religiosa, y la gran mayoría de estos solo se dedica estudiar, estos estudiantes provienen de los diferentes departamentos del país siendo León y Chinandega los principales.

La prevalencia de trastornos depresivos menores es de 35.4%, en grado de severidad representa moderado el 15.7 y grave el 19.7, estos datos siguen el patrón regional de trastornos depresivos menores en universitarios centroamericanos, siendo las principales expresiones para esta población el llanto, indecisión y exceso de sueño.

En las características familiares se encontró que 3 de cada 10 estudiantes proviene de familias severamente disfuncionales, con comunicación disfuncional, 4 de cada 10 con cohesión familiar desligada y adaptabilidad familiar caótica y con codependencia familiar severa.

Dentro de los factores de riesgo familiares para el desarrollo de trastornos depresivos menores se encontró que la disfunción y la comunicación familiares inefectiva aumenta hasta 10 veces el riesgo de desarrollar el fenómeno, en cuanto a la cohesión familiar inadecuada y codependencia familiar estos aumentan el riesgo a más de 5 veces. Debido a la distribución de la población se encontró que el sexo femenino tiende a presentar 2.5 veces más el fenómeno en comparación con los hombres.

Recomendaciones.

A las autoridades de la facultad de ciencias médicas:

- Incluir capacitación sobre la identificación de los trastornos depresivos en estudiantes de medicina.
- Fortalecer el funcionamiento de la intervención psicológica gratuita a estudiantes con problemas como la ansiedad y depresión.
- Realizar intervenciones de detección temprana, para mejorar la evolución de la sintomatología depresiva, principalmente porque este tipo de trastornos no son estudiados, ya que no presentan el conjunto de características clínicas significativas al momento del diagnóstico de trastorno depresivo mayor y son subestimados, por tanto, tienden a dar como resultado una evolución desfavorable.

Al personal docente:

- Coordinar capacitación por médicos especialistas en psiquiatría, de esta forma se logrará la identificación de los factores que inciden en el bajo rendimiento, lo que podrá ayudar a los estudiantes a superar los problemas y evitar los diferentes grados de depresión.
- Desarrollar investigaciones en las que se analicen los factores de riesgo que predisponen a trastornos depresivos en los universitarios.

A los estudiantes:

- Involucrarse en los cursos y programas propuestos por las autoridades de la carrera, para reducir la incidencia de trastornos depresivos y tomar conciencia sobre su salud mental.

Referencias bibliográficas.

1. Williams J, Nieuwsma J. Screening for depression in adults. Elmore J, Roy-Byrne P (Ed). In: UpToDate Sep 2022.
2. Depresión. Organización mundial de la salud. [Internet]. [Citado el 8 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Lyness J. Unipolar minor depression in adults: epidemiology, clinical presentation and diagnosis. Roy-Byrne P (Ed). In: UpToDate Nov 2020.
4. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. El 6 de diciembre de 2016;316(21):2214.
5. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. Med Educ. Abril de 2016;50(4):456–68.
6. Pacheco JP, Giacomini HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. Rev Bras Psiquiatr. El 31 de agosto de 2017;39(4):369–78.
7. Ebert DD, Buntrock C, Mortier P, Auerbach R, Weisel KK, Kessler RC, et al. Prediction of major depressive disorder onset in college students. Depress Anxiety. Abril de 2019;36(4):294–304.
8. Liu Y, Zhang N, Bao G, Huang Y, Ji B, Wu Y, et al. Predictors of depressive symptoms in college students: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. Journal of Affective Disorders. febrero de 2019;244:196–208.
9. Balladares Muñoz MJB, Chávez Reyes ZM. Depresión, jóvenes, instrumento, Escala Beck, estado de ánimo. Revista Humanismo y Cambio Social. diciembre de 2018;12(5):14.

10. Elsevier. Salud mental en estudiantes de Medicina: depresión- estrés- 'burnout'- suicidio... [Internet]. Elsevier Connect. [citado el 8 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/estudiantes-de-ciencias-de-la-salud/salud-mental-en-estudiantes-de-medicina-depresion-estres-burnout-suicidio>
11. Suwalska J, Suwalska A, Szczygiel M, Łojko D. Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. *Psychiatr Pol.* el 18 de Junio de 2017;51(3):503–13.
12. January J, Madhombiro M, Chipamaunga S, Ray S, Chingono A, Abas M. Prevalence of depression and anxiety among undergraduate university students in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Syst Rev.* diciembre de 2018;7(1):57.
13. Pincus HA, Davis WW, McQueen LE. 'Subthreshold' mental disorders: A review and synthesis of studies on minor depression and other 'brand names'. *Br J Psychiatry.* abril de 1999;174(4):288–96.
14. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson S. A.; 2001.
15. Joffre-Velázquez VM, Martínez-Perales G, García G, de Lara LS-G. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. 2007;14:8.
16. Chávez Oleas H, Samaniego Z. N, Aguilar Z. E. Manual de atención primaria en salud mental. Ecuador; 147 p.
17. Sadock BJ, Sadock V j. Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 5a ed. Barcelona, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. 651 p.
18. Chamolí C, Espinosa C, Galdames M, Marín L. La depresión menor: ¿Es un concepto menor? abril, 2015. XXIV:11.

19. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 267 p.
20. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Evaluación del inventario BDI-II. Pearson Educación, S. A.; 2011.
21. Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, García-Vera MP. Criterios y normas para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). :26.
22. Cova Solar F, Alvial S W, Aro D M, Bonifetti D A, Hernández M M, Rodríguez C C. Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. Ter Psicol [Internet]. diciembre de 2007 [citado el 3 de noviembre de 2021];25(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
23. Ortega RFF, Barros AC, Cantero OH. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). 2011;21.
24. Jara D, Velarde H, Gordillo G, Guerra G, León I, Arroyo C, et al. Factores influyentes en el rendimiento académico de estudiantes del primer año de medicina. An Fac med. el 25 de febrero de 2013;69(3):193.
25. Pardo A. G, Sandoval D. A, Umbarila Z. D. Adolescencia y depresión. Revista colombiana de psicología. 2004;13:13–28.
26. Sagbaicela Sánchez JJ. La disfuncionalidad familiar y su incidencia en los problemas de aprendizaje de los niños de tercer año de educación general básica elemental. RE [Internet]. el 8 de septiembre de 2018 [citado el 2 de noviembre de 2021];2(21). Disponible en: <http://www.revistaespirales.com/index.php/es/article/view/341>

27. Gómez-Bustamante EM, Castillo-Ávila I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados*. Revista Colombiana de Psiquiatría. marzo de 2013;42(1):72–80.
28. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado N, Miranda-Lozano VM, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex. 2007;64:7.
29. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J de D, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria. octubre de 1996;16(6):289–96.
30. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista médica La Paz. junio de 2014;20(1):5.
31. Pinilla VE, Montes GG. Cambios y transformaciones en las familias latinoamericanas. Revista Latinoamericana de Estudios de la Familia. 2016;8:166.
32. Guzmán Arteaga R, Pacheco Lora MC. Comunicación familiar y desempeño académico en estudiantes universitarios. Zona Próxima. el 1 de enero de 2014;(20):79–91.
33. Copez-Lonzoy AJE, Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús Á. Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar en estudiantes universitarios. Revista Costarricense de Psicología. el 29 de junio de 2016;35(1):31–46.
34. Cracco C, Costa-Ball C. Propiedades Psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica [Internet]. el 1 de abril de 2019 [citado el 3 de noviembre de 2021];51(2). Disponible en: <http://www.aidep.org/sites/default/files/2019-04/RIDEP51-Art6.pdf>
35. Garrido Garduño A, Reyes Luna AG, Navarro Ceja N, Ortega Silva P, Nabor Govea M. Comunicación familiar en estudiantes universitarios. Enseñanza e Investigación en Psicología. agosto de 2019;1(2):10.

36. Hernández CA, González AMV, Pedro LRS, Ganén MS. Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. Cienfuegos 2014 Communication, cohesion and family satisfaction in senior high and high school adolescents. Cienfuegos 2014. 2017;10.
37. Martínez-Pampliega A, Iraurgi I, Galíndez E, Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Health Psychology. 6(2):317–38.
38. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos Psicología. el 1 de mayo de 2010;3(2):30–6.
39. Aguilar Arias CG. Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en adolescentes tardíos. Universidad de Cuenca, Ecuador. 2017;40.
40. Olson D. Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar, FACES III.
41. Biscarra A, Brandariz RA, Cremonte M. Análisis dimensional de la Escala de Codependencia Spann Fischer. En: I congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología XVI jornadas de investigación quinto encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.; 2009. p. 3.
42. Biscarra MA, Brandariz RA, Garófolo S. Descripción del grado de conciencia del trastorno por dependencia de alcohol del enfermo y del grado de facilitación de los otros significativos. [12 de octubre de 2006]: Universidad Nacional de Mar de Plata; Argentina.

Anexos.

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.

El siguiente cuestionario tiene como objetivo recopilar una serie de datos que serán utilizados para la realización del estudio: Factores familiares asociados a la prevalencia de trastornos depresivos menores en estudiantes de primer y segundo año de la carrera de medicina, de la facultad de ciencias médicas de la UNAN-León.

Acepta participar en el estudio: **Si**_____

No_____

Características sociodemográficas.

I. Edad: _____.

II. Sexo:

1. Masculino.
2. Femenino.

III. Estado civil.

1. Soltero/a.
2. Casado/a.
3. Unión libre.

IV. Departamento de procedencia: _____.

V. Municipio de procedencia: _____.

VI. Procedencia.

1. Urbano.
2. Rural.

VII. Religión.

1. Evangélico.
2. Católico.
3. Testigo de Jehová.
4. Mormón.
5. Ateo.
6. No profeso una religión en específico.

VIII. Año que cursa.

1. Primer año.
2. Segundo año.

IX. Trabaja.

1. Si.
2. No.

En que trabaja_____

X. Residencia en la ciudad de León.

1. Vive en casa propia.
2. Alquila un cuarto.
3. Vive en residencias universitarias.

XI. ¿Recibe apoyo económico?

1. Si.
2. No.

¿De quién? _____

Considera que este apoyo económico es:

1. Bueno.
2. Regular.
3. Malo.

Test de depresión de Beck, marque la opción que corresponda.

1	Tristeza.	<p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2. Me siento triste todo el tiempo.</p> <p>3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>
2	Pesimismo.	<p>0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2. No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>
3	Fracaso.	<p>0. No me siento como un fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.</p> <p>3. Siento que como persona soy un fracaso total.</p>
4	Pérdida de placer.	<p>0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar</p>
5	Sentimientos de culpa.	<p>0. No me siento particularmente culpable.</p> <p>1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo.</p>
6	Sentimientos de castigo.	<p>0. No siento que este siendo castigado</p> <p>1. Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p>
7	Disconformidad con uno mismo.	<p>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusto a mí mismo.</p>

8	Autocrítica.	<p>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
9	Pensamientos o deseos suicidas.	<p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>2. Querría matarme.</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
10	Llanto.	<p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>
11	Agitación.	<p>0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>
12	Pérdida de interés.	<p>0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3. Me es difícil interesarme por algo.</p>
13	Indecisión.	<p>0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>
14	Desvalorización	<p>0. No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3. Siento que no valgo nada.</p>
15	Pérdida de energía.	<p>0. Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p>

		<p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>
16	Cambios en los hábitos de sueño.	<p>0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a. Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b. Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a. Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b. Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3a. Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
17	Irritabilidad.	<p>0. No estoy tan irritable que lo habitual.</p> <p>1. Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3. Estoy irritable todo el tiempo.</p>
18	Cambios en el apetito.	<p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3a. No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b. Quiero comer todo el día.</p>
19	Dificultad de concentración.	<p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>
20	Cansancio o fatiga.	<p>0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p>

21	Pérdida de interés en el sexo.	0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3. He perdido completamente el interés en el sexo.
Puntaje obtenido.		

El siguiente cuestionario se denomina Escala de Apgar familiar, mide el nivel de disfunción familiar, marque la opción que corresponda más a como se siente.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
4. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
5. Me satisface como compartimos en mi familia.					
a. Los tiempos juntos.					
b. El espacio en la casa.					
c. El dinero.					
6. ¿Ud. tiene un/a amigo/a cercano a quien puede buscar cuando necesite ayuda?					
7. Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos.					
Puntaje obtenido.					

El siguiente cuestionario mide el nivel de comunicación en su familia, marque la opción que corresponda a como se siente, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
1. Los miembros de mi familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos.					
2. Los miembros de mi familia sabemos escuchar.					
3. Los miembros de mi familia nos expresamos afecto entre nosotros.					
4. En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente.					
5. Disfrutamos pasando tiempo juntos.					
6. Los miembros de mi familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros.					
7. Cuando los miembros de mi familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras.					
8. Los miembros de mi familia intentamos comprender los sentimientos de los otros.					
9. Los miembros de mi familia resolvemos tranquilamente los problemas.					
10. En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos.					
Puntaje obtenido.					

A continuación, encontrara una serie de frases que describe como es su familia real, responda que tan frecuentes se dan estas conductas en su familia, y marque en los recuadros correspondientes.

N°	Pregunta.	Casi nunca o nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas veces	Casi siempre o siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo, nadie falta.					

14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la 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.					
Cohesión (puntajes impares).						
Adaptabilidad (puntajes pares).						

La siguiente escala permite valorar el nivel de codependencia en su familia, marque una opción según corresponda, donde 1 es profundamente en desacuerdo, y 6 es profundamente de acuerdo.

Ítems.	1	2	3	4	5	6
1. Es difícil para mí tomar decisiones.						
2. Es difícil para mí decir no.						
3. Es difícil para mí aceptar cumplido amablemente.						
4. A veces me siento aburrido o vacío si no tengo problemas.						
5. Normalmente no hago cosas por otras personas que son capaces de hacerlas por sí misma.						
6. Cuando hago algo bueno por mí mismo normalmente me siento culpable.						
7. No me preocupo demasiado.						
8. Me digo a mismo que las cosas serán mejores cuando las personas de mi entorno cambien.						
9. Tiendo a tener relaciones donde yo siempre estoy para los demás, pero ellos raras veces están para mí.						
10. A veces me concentro en una persona hasta el punto de descuidar otras relaciones o responsabilidades.						
11. Tiendo a involucrarme en relaciones que son dolorosas para mí.						
12. Normalmente no permito que los otros me vean como realmente soy.						
13. Cuando alguien me perturba me contengo por mucho tiempo, pero de vez en cuando exploto.						
14. Normalmente hago todo lo posible para evitar generar conflictos.						
15. A veces tengo la sensación de temor o de muerte inminente.						
16. A veces pongo las necesidades de los otros por sobre las mías.						
Puntaje obtenido.						

Anexo 2. Inventario de depresión de Beck II.

1	Tristeza.	0. No me siento triste. 1. Me siento triste gran parte del tiempo. 2. Me siento triste todo el tiempo. 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2	Pesimismo.	0. No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2. No espero que las cosas funcionen para mí. 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3	Fracaso.	0. No me siento como un fracasado. 1. He fracasado más de lo que hubiera debido. 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso total.
4	Pérdida de placer.	0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar
5	Sentimientos de culpa.	0. No me siento particularmente culpable. 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.
6	Sentimientos de castigo.	0. No siento que este siendo castigado 1. Siento que tal vez pueda ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.
7	Disconformidad con uno mismo.	0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1. He perdido la confianza en mí mismo. 2. Estoy decepcionado conmigo mismo. 3. No me gusto a mí mismo.
8	Autocrítica.	0. No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9	Pensamientos o deseos suicidas.	0. No tengo ningún pensamiento de matarme. 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2. Querría matarme. 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10	Llanto.	0. No lloro más de lo que solía hacerlo. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo

		<p>2. Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>
11	Agitación.	<p>0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>
12	Pérdida de interés.	<p>0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3. Me es difícil interesarme por algo.</p>
13	Indecisión.	<p>0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>
14	Desvalorización	<p>0. No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3. Siento que no valgo nada.</p>
15	Pérdida de energía.	<p>0. Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>
16	Cambios en los hábitos de sueño.	<p>0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a. Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b. Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a. Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b. Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3a. Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
17	Irritabilidad.	<p>0. No estoy tan irritable que lo habitual.</p> <p>1. Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3. Estoy irritable todo el tiempo.</p>
18	Cambios en el apetito.	<p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3a. No tengo apetito en absoluto.</p>

		3b. Quiero comer todo el día.
19	Dificultad de concentración.	0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20	Cansancio o fatiga.	0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21	Pérdida de interés en el sexo.	0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Tomado de Beck AT, Steer RA, Brown GK. Evaluación del inventario BDI-II. Pearson Educación, S. A.; 2011. (20)

Anexo 3. Escala de Apgar familiar.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia.					
1. Los tiempos juntos.					
2. El espacio en la casa.					
3. El dinero.					
¿Ud. tiene un/a amigo/a cercano a quien puede buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos.					

Tomado de Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar, Rev Med La Paz 20(1); enero – junio 2014. (30)

Anexo 4. Escala de comunicación familiar.

	1	2	3	4	5
Los miembros de mi familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos.					
Los miembros de mi familia sabemos escuchar.					
Los miembros de mi familia nos expresamos afecto entre nosotros.					
En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente.					
Disfrutamos pasando tiempo juntos.					
Los miembros de mi familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros.					
Cuando los miembros de mi familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras.					
Los miembros de mi familia intentamos comprender los sentimientos de los otros.					
Los miembros de mi familia resolvemos tranquilamente los problemas.					
En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos.					

Tomado de Copez-Lonzoy AJE, Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús Á. Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar en estudiantes universitarios. Revista Costarricense de Psicología. el 29 de junio de 2016;35(1):31–46. (33)

Anexo 5. Escala de cohesión y adaptabilidad familiar.

Nº	Pregunta.	Casi nunca o nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas veces	Casi siempre o siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo, nadie falta.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					

15	Con facilidad podemos planear actividades en la 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.					

Adaptado de International Journal of Clinical and Health Psychology (37)

Anexo 6. Escala de codependencia de Spann-Fischer.

Ítems.	1	2	3	4	5	6
1. Es difícil para mí tomar decisiones.						
2. Es difícil para mí decir no.						
3. Es difícil para mí aceptar cumplido amablemente.						
4. A veces me siento aburrido o vacío si no tengo problemas.						
5. Normalmente no hago cosas por otras personas que son capaces de hacerlas por sí misma.						
6. Cuando hago algo bueno por mí mismo normalmente me siento culpable.						
7. No me preocupo demasiado.						
8. Me digo a mismo que las cosas serán mejores cuando las personas de mi entorno cambien.						
9. Tiendo a tener relaciones donde yo siempre estoy para los demás, pero ellos raras veces están para mí.						
10. A veces me concentro en una persona hasta el punto de descuidar otras relaciones o responsabilidades.						
11. Tiendo a involucrarme en relaciones que son dolorosas para mí.						
12. Normalmente no permito que los otros me vean como realmente soy.						
13. Cuando alguien me perturba me contengo por mucho tiempo, pero de vez en cuando exploto.						
14. Normalmente hago todo lo posible para evitar generar conflictos.						
15. A veces tengo la sensación de temor o de muerte inminente.						
16. A veces pongo las necesidades de los otros por sobre las mías.						

Adaptado de Biscarra MA, Brandariz RA, Garófolo S. Descripción del grado de conciencia del trastorno por dependencia de alcohol del enfermo y del grado de facilitación de los otros significativos. [12 de octubre de 2006]: Universidad Nacional de Mar de Plata; Argentina. (42)

Anexo 7. Carta de solicitud de asignación de tutor.

Viernes 08 de octubre de 2021.

A: Ms. C. Gregoria Francisca Canales Quezada.
Jefa del departamento de Enfermería.

Su despacho.

Mediante la presente hacemos llegar un saludo cordial y las bendiciones de Dios para con usted y toda su familia.

Somos estudiantes de quinto año de la carrera de medicina y nos dirigimos a usted en la oportunidad de solicitarle su autorización para que el Ms. C. Lester Fidel García Guzmán pueda orientarnos como tutor para la elaboración del protocolo de tesis, ya que nuestro estudio está dirigido al área de psicología y salud mental con el tema "Factores de riesgo familiares asociados a la prevalencia de trastornos depresivos menores en estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de medicina de la UNAN-León, en 2022".


Agradeciendo de antemano su atención, esperando una respuesta positiva de su parte. Sin más a que hacer referencia se despiden de usted:



Eliseo Rosales López.
Carnet: 17-16311-0



Ana Julia Rivera Gutiérrez.
Carnet: 17-16153-0



Alexander Josué Zapata Gutiérrez.
Carnet: 17-00236-0



Ms. C. Gregoria Francisca Canales
Enfermera Docente
UNAN-León
Recibido.

Cc: Ms. C. Lester Fidel García Guzmán.
Archivo.

Anexo 8. Carta de solicitud para el permiso de la recolección de datos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FUNDADA EN 1812

CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



2022: "EN UNIDAD PARA AFIANZAR VICTORIAS"
León, Nicaragua, 30 de marzo del 2022

Ms. C Nubia del Socorro Meza Herrera
Vice Decana de la Facultad de Ciencias Médicas
UNAN León

Estimado Maestra Meza.

Reciba fraternos saludos de parte, deseando sobre todo salud y éxito en sus funciones.

El motivo de la presente es para notificar que los Br. Alexander Josué Zapata Gutiérrez con número de carné 17-00236-0, Eliseo Rosales Lopez con número de carné 17-16311-0, y Ana Julia Rivera Gutiérrez con número de carné 17-16153-0, estudiantes de VI año de medicina quienes están realizando el estudio "Factores familiares asociados a la prevalencia de trastornos depresivos menores en estudiantes de la carrera de medicina, UNAN-León en el I trimestre del año 2022", en el cual brindo el acompañamiento como tutor de la investigación.

La investigación se pretende desarrollar con los estudiantes de I año y II año de la carrera de medicina durante el primer trimestre del 2022, por tal razón solicito su apoyo para poder obtener las gestiones y permisos necesarios para acceder a la población y que brinden la información necesaria para el estudio a través de una encuesta digital en el programa Google Forms, esta información será totalmente confidencial y los datos se solicitarán de forma anónima al investigado.

Para poder agilizar las gestiones solicitamos su autorización para dirigirnos a los coordinadores de I y II año de medicina y a través de ellos poder compartir el enlace que contiene el cuestionario digital a la población de estudio.

Agradeciendo de ante mano su valioso apoyo con el desarrollo de investigaciones innovadoras y pertinentes en la Facultad de Ciencias Médicas, me suscribo Cordialmente.

Cc: Dr. Juan Ramon Almendarez.
Secretario académico FFCCMM
Dr. Rolando Meza Donaire. Coordinador I año de Medicina.
Dr. Ramon Hernández. Coordinador II año de Medicina.
Archivo

www.unanleon.edu.ni

"LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD"

enfermeria.unan@cm.unanleon.edu.ni