



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL DE
LIMA-PERÚ, 2024

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora

Méndez Sánchez, Nathaly Roseanne

Asesor

Avendaño Uchuya, Edison Ostwald

ORCID: 0009-0005-8310-3455

Jurado

Cruzado Vasquez, Williams

Poma Celestino, Juan Alberto

Cartolin Espinoza, Wilfredo Jesus

Lima - Perú

2025



FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL DE LIMA - PERU, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	4%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
5	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Carlos Test Account Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Católica de Santa María	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPÓLITO UNANUE”
FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL DE LIMA-
PERÚ, 2024

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Méndez Sánchez, Nathaly Roseanne

Asesor:

Avendaño Uchuya, Edison Ostwald

(ORCID:0009-0005-8310-3455)

Jurado:

Cruzado Vasquez, Williams

Poma Celestino, Juan Alberto

Cartolin Espinoza, Wilfredo Jesus

Lima-Perú

2025

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Descripción y formulación del problema	9
1.1.1. Descripción del problema.....	9
1.1.2. Formulación del problema general	12
1.1.3. Formulación de problemas específicos	12
1.2. Antecedentes	13
1.2.1. Internacionales	13
1.2.2. Nacionales.....	14
1.3. Objetivos	16
1.3.1. Objetivo general.....	16
1.3.2. Objetivos específicos.....	16
1.4. Justificación.....	16
1.4.1. Teórica.....	16
1.4.2. Práctica.....	17
1.4.3. Metodológica	17
1.5. Hipótesis.....	18
1.5.1. Hipótesis general	18
1.5.2. Hipótesis específicas.....	18
II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	19
2.1.1. Depresión.....	19
2.1.2. Ansiedad.....	22

2.1.3. Factores asociados que influyen en la depresión y ansiedad.....	24
III. MÉTODO.....	27
3.1. Tipo de investigación	27
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	27
3.2.1. Ámbito Temporal	27
3.2.2. Ámbito Espacial.....	28
3.3. Variables.....	28
3.3.1. Variable Dependiente	28
3.3.2. Variables Independientes.....	28
3.4. Población y muestra	28
3.4.1. Población.....	28
3.4.2. Muestra.....	28
3.4.3. Criterios de Inclusión	28
3.4.4. Criterios de Exclusión.....	29
3.5. Instrumentos.....	29
3.6. Procedimientos	30
3.7. Análisis de datos.....	31
3.8. Consideraciones éticas	31
IV. RESULTADOS.....	33
4.1. Análisis de Depresión.....	33
4.2. Análisis de Ansiedad.....	47
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
VI. CONCLUSIONES.....	65
VII. RECOMENDACIONES	66
VIII. REFERENCIAS	67

IX. ANEXOS	73
Anexo A. Matriz de Consistencia	73
Anexo B. Operacionalización de variables	77
Anexo C. Consentimiento informado	81
Anexo D. Instrumento	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución del nivel de depresión según la edad	33
Tabla 2 Distribución del nivel de depresión según el sexo.....	34
Tabla 3 Distribución del nivel de depresión según la carga familiar.....	36
Tabla 4 Distribución del nivel de depresión según el nivel de dificultad percibido.....	37
Tabla 5 Distribución del nivel de depresión según el tiempo dedicado al estudio	39
Tabla 6 Distribución del nivel de depresión según la satisfacción con la carrera	40
Tabla 7 Distribución del nivel de depresión según las horas de sueño.....	42
Tabla 8 Distribución del nivel de depresión según los hábitos alimenticios	44
Tabla 9 Distribución del nivel de depresión según los niveles de actividad física.....	45
Tabla 10 Distribución del nivel de ansiedad según la edad.....	47
Tabla 11 Distribución del nivel de ansiedad según el sexo	49
Tabla 12 Distribución del nivel de ansiedad según la carga familiar	50
Tabla 13 Distribución del nivel de ansiedad según el nivel de dificultad percibido	52
Tabla 14 Distribución del nivel de ansiedad según el tiempo dedicado al estudio.....	53
Tabla 15 Distribución del nivel de ansiedad según la satisfacción con la carrera.....	55
Tabla 16 Distribución del nivel de ansiedad según las horas de sueño	56
Tabla 17 Distribución del nivel de ansiedad según los hábitos alimenticios.....	58
Tabla 18 Distribución del nivel de ansiedad según los niveles de actividad física	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución del nivel de depresión según la edad	34
Figura 2 Distribución del nivel de depresión según el sexo	35
Figura 3 Distribución del nivel de depresión según la carga familiar	37
Figura 4 Distribución del nivel de depresión según el nivel de dificultad percibido	38
Figura 5 Distribución del nivel de depresión según el tiempo dedicado al estudio.....	40
Figura 6 Distribución del nivel de depresión según la satisfacción con la carrera	42
Figura 7 Distribución del nivel de depresión según las horas de sueño	43
Figura 8 Distribución del nivel de depresión según los hábitos alimenticios.....	45
Figura 9 Distribución del nivel de depresión según los niveles de actividad física	47
Figura 10 Distribución del nivel de ansiedad según la edad.....	48
Figura 11 Distribución del nivel de ansiedad según el sexo	50
Figura 12 Distribución del nivel de ansiedad según la carga familiar	51
Figura 13 Distribución del nivel de ansiedad según el nivel de dificultad percibido	53
Figura 14 Distribución del nivel de ansiedad según la satisfacción con la carrera.....	54
Figura 15 Distribución del nivel de ansiedad según la satisfacción con la carrera.....	56
Figura 16 Distribución del nivel de ansiedad según las horas de sueño	57
Figura 17 Distribución del nivel de ansiedad según los hábitos alimenticios	59
Figura 18 Distribución del nivel de ansiedad según los niveles de actividad física	60

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de una universidad pública en Lima-Perú, 2024. **Método:** Se realizó una investigación cuantitativa, observacional, correlacional y de corte transversal con una muestra censal de 100 estudiantes de 6.º año. Se emplearon las Escalas de Beck (BAI y BDI-II) para medir ansiedad y depresión mediante una encuesta online. **Resultados:** Los resultados mostraron que el 59% presentó depresión leve, el 24% mínima y el 17% moderada, sin casos severos. En cuanto a la ansiedad, el 58% registró niveles muy bajos, el 29% moderados y el 13% severos. La edad y la carga familiar fueron asociaciones significativas con los niveles de depresión y mientras que la satisfacción con la carrera, hábitos alimenticios y niveles de actividad física fueron asociaciones significativas con los niveles de ansiedad. **Conclusiones:** Se concluye que existe factores sociodemográficos, académicos y de estilo de vida asociados a la ansiedad y a la depresión.

Palabras clave: ansiedad, depresión, estudiantes, medicina.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with depression and anxiety in medical students at a public university in Lima, Peru, 2024. **Method:** A quantitative, observational, correlational, and cross-sectional study was conducted with a census sample of 100 sixth-year students. The Beck Scales (BAI and BDI-II) were used to measure anxiety and depression through an online survey. **Results:** The findings revealed that 59% of the participants experienced mild depression, 24% minimal, and 17% moderate, with no severe cases reported. Regarding anxiety, 58% showed very low levels, 29% moderate, and 13% severe. Age and family responsibilities were significantly associated with depression levels, while career satisfaction, dietary habits, and physical activity levels were significantly associated with anxiety levels. **Conclusions:** It is concluded that sociodemographic, academic, and lifestyle factors are associated with anxiety and depression.

Keywords: anxiety, depression, students, medicine.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

La depresión es un trastorno mental en donde se percibe una tristeza persistente así como una falta de interés en cualquier tipo de actividad, además de ello, se evidencia también cambios en el patrón de sueño y apetito. En la perspectiva de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2022), este trastorno afecta gravemente la vida de la persona llegando a incapacitarla en sus relaciones interpersonales e intrapersonales, inclusive esta puede presentar síntomas como sentimientos de inutilidad y pensamientos suicidas.

La ansiedad por su parte es otro trastorno en donde la preocupación excesiva, tensión o miedo suelen ser los protagonistas. A menudo está acompañada de síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, mareos y dificultad para concentrarse. Según el DSM-5-TR, la ansiedad puede presentarse en otras patologías mentales como los trastornos de pánico. Estos trastornos afectan el bienestar general de los individuos y su capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas. (APA, 2022)

Tanto la depresión como la ansiedad suelen ser prevalentes entre los estudiantes de medicina, influidos por las presiones académicas, las demandas emocionales y el entorno altamente competitivo. La ansiedad, particularmente relacionada con la evaluación constante y la sobrecarga de trabajo, se caracteriza por preocupaciones excesivas sobre el desempeño académico, lo que puede llevar a manifestaciones físicas como palpitaciones, sudoración y trastornos del sueño. (Fitzgerald, 2021).

En cuanto a la depresión, los estudiantes experimentan síntomas como falta de motivación, tristeza persistente y un notable descenso en el disfrute de las actividades cotidianas, lo que impacta negativamente en su bienestar emocional y rendimiento académico. (Radcliffe y Lester, 2021)

Suelen ser estos trastornos más prevalentes en el ámbito de la carrera médica debido a la carga de trabajo extensiva, la presión de mantener altos estándares académicos y la escasa formación sobre cómo gestionar el estrés emocional. (Yang et al., 2022)

La gestión inadecuada de estos factores puede resultar en un deterioro significativo del bienestar mental de los estudiantes, afectando su capacidad para funcionar de manera efectiva tanto en el ámbito académico como personal. (Dyrbye et al., 2021)

La frecuencia de estos trastornos entre los estudiantes universitarios se ha incrementado significativamente en los últimos años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), entre el 10% y el 30% de los estudiantes universitarios a nivel mundial presentan síntomas asociados a estos trastornos mentales, siendo el estrés académico y las preocupaciones los principales determinantes. Según el trabajo de Auerbach et al. (2016), se encontró que aproximadamente el 32% de universitarios reportaron sufrir de síntomas de ansiedad, mientras que el 28% experimentaron síntomas de depresión. Además, la Asociación Internacional de Medicina Estudiantil (IFMSA, 2020) reportó que los estudiantes de carreras profesionales de la salud son particularmente los más vulnerables, con tasas de prevalencia de ansiedad y depresión que oscilan entre el 25% y el 50%.

A nivel latinoamericano, la prevalencia de estos trastornos en estudiantes universitarios, también es un tema de creciente preocupación. En una revisión de estudios en América Latina, se observó que la ansiedad y la depresión afectan a un porcentaje significativo de los estudiantes universitarios. Según el estudio de Gómez et al. (2021), alrededor del 30% de estudiantes latinoamericanos reportaron síntomas de ansiedad, y el 28% experimentaron síntomas depresivos. Estos trastornos se asocian a factores como la presión académica, el estrés social, las dificultades económicas y, en algunos casos, el estigma en torno a la salud mental.

En el trabajo realizado por Castañeda et al. (2020), se encontró una prevalencia de ansiedad entre el 27% al 47% en estudiantes de medicina, mientras que la depresión afectó

entre el 23% al 43% de los estudiantes. Estos altos índices de trastornos mentales se deben a la intensa carga académica, la falta de apoyo psicológico adecuado y las expectativas sociales elevadas que presentan los estudiantes de medicina. En otro estudio de Pinto et al. (2022), se destacó que las universidades latinoamericanas están comenzando a implementar estrategias para abordar estos problemas, como la creación de servicios de apoyo psicológico y campañas de sensibilización que buscan la reducción de estigmas sobre los trastornos mentales, aunque los recursos aún son limitados.

A nivel nacional, la prevalencia de estos trastornos en estudiantes ha sido un tema ampliamente documentado en los últimos años. Según el estudio realizado por Tello et al. (2022), el 33% y el 29% de los universitarios de Lima presentaron síntomas asociados a ansiedad y depresión respectivamente. Este estudio subraya que las principales causas de estos trastornos incluyen el estrés académico, las preocupaciones económicas y la falta de apoyo emocional.

En particular, los estudiantes de la carrera de medicina en Perú están sujetos a altos niveles de estrés debido a la carga académica intensiva, las largas jornadas de estudio y la presión para alcanzar altos estándares académicos. Un estudio desarrollado en la Decana de América evidenció que el 41% de los estudiantes de medicina presentaban síntomas de ansiedad y el 38% de depresión. (Sánchez et al., 2021)

Estos trastornos afectan significativamente el bienestar de los estudiantes, con un impacto negativo en el área académico como en su desarrollo inter e intrapersonal.

Otro estudio de Castillo et al. (2020), que abarcó a estudiantes de diversas universidades peruanas, encontró que los estudiantes universitarios en general (incluidos los de medicina) se encuentran mucho más propensos a la ansiedad y depresión debido a la combinación de factores personales, académicos y sociales. Este estudio sugiere implementar programas de apoyo psicológico y estrategias para la gestión del estrés, ya que muchos estudiantes no cuentan con

los recursos necesarios para hacer frente a estos trastornos mentales.

Los factores sociodemográficos, académicos y de estilo de vida juegan un papel crucial en el desarrollo de estos trastornos en estudiantes universitarios. Las investigaciones sugieren que las jóvenes de sexo femenino son más vulnerables a la ansiedad y depresión que el género masculino. (Tello et al., 2022)

Por otro lado, el exceso de trabajo, la presión por calificaciones altas, y la incertidumbre respecto al futuro profesional son factores muy comunes que contribuyen al deterioro de la salud mental. (Sánchez et al., 2021)

La falta de buenos hábitos con respecto a la alimentación, sueño, y actividad física, también se han asociado con un mayor riesgo a padecer estos trastornos mentales. (Castillo et al., 2020)

Por lo antes mencionado, la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina es un problema relevante que afecta significativamente su bienestar emocional, rendimiento académico y calidad de vida. Diversos factores asociados a estos trastornos, como las características sociodemográficas, el estilo de vida, la carga académica, y el nivel de apoyo social, pueden influir en su aparición y prevalencia. Además, la estigmatización de la salud mental en contextos académicos puede dificultar el acceso a tratamiento y apoyo adecuado. Por lo tanto, es crucial realizar un análisis exhaustivo de estos factores para poder diseñar estrategias de prevención e intervención más efectivas, que promuevan un entorno universitario saludable y una atención integral para los estudiantes de medicina.

1.1.2. Formulación del problema general

- ¿Cuáles son los factores asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024?

1.1.3. Formulación de problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a depresión y ansiedad

en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024?

- ¿Cuáles son los factores académicos asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024?
- ¿Cuáles son los factores de estilo de vida asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Caro et al. (2019) realizaron un trabajo transversal con el propósito de determinar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos así como su asociación a factores demográficos y académicos en estudiantes de medicina, evidenciando que el 30,15% de estos presentó síntomas de depresión y el 26,5% experimentó alta ansiedad. El análisis inferencial sugirió que factores académicos, como no estar satisfecho con lo que está estudiando ($p = 0.04$) y el nivel de dificultad percibido ($p = 0.02$), se asociaron significativamente con la depresión; mientras que factores que se asociaron a la ansiedad fueron, el sexo femenino ($p = 0.046$) y los malos hábitos de sueño ($p = 0.01$).

Gallego (2021) realizó una investigación transversal, cuantitativo y descriptivo con el propósito de determinar la prevalencia de depresión y sus factores asociados en estudiantes de medicina de una universidad de Colombia. Se evidenció que más de la mitad de los estudiantes (63%) presentó algún grado de depresión mientras que el 17% de estos, presentó depresión grave. Los factores asociados estadísticamente significativos fueron la percepción elevada de estrés (OR: 18,7), la percepción de un mal estado de salud (OR: 6,7), pasar tiempo solo (OR: 4,2), el sexo femenino (OR: 4,2), y los antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio (OR: 3,5).

Pasato y Urgiles (2021) elaboraron un trabajo analítico transversal con el propósito de

determinar la frecuencia de depresión, ansiedad, estrés y factores asociados en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca durante el año 2020-2021. Se evidenció una prevalencia de 27.8%, 20% y 33.3% para depresión, ansiedad y estrés respectivamente. Asimismo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la ansiedad ($p = 0.020$) y el estrés ($p = 0.024$).

Villagómez et al. (2023) elaboraron un estudio analítico transversal con el propósito de determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de una universidad del Ecuador. Se evidenció una prevalencia de 37.8% y 30.3% para depresión y ansiedad respectivamente, siendo lo de los primeros años los más afectados. La actividad física ($p=0.00$, $OR=0.5$) y el apoyo psicológico asociado con la religión ($p=0.00$, $OR=0.7$) fueron los factores protectores identificados en el estudio. Por otro lado, los factores de riesgo fueron tener una familia constituida ($p=0.00$, $OR=3.8$), horas de estudio mayores a 6 horas ($p=0.00$, $OR=1.5$) y un bajo rendimiento académico ($p=0.00$, $OR=2.1$).

1.2.2. Nacionales

Ayala (2022) en su estudio analítico presentó como propósito establecer los factores asociados a la depresión, ansiedad y estrés en internos de medicina de una universidad de Lima. El trabajo evidenció que el género ($p=0,036$) se asoció con la depresión, y las horas de sueño se asoció a la depresión ($p=0,009$) y ansiedad ($p=0,005$). Además, la pérdida de un familiar cercano por COVID-19 mostró una relación significativa con el grado de estrés ($p=0,046$).

Marmolejo y Rivera (2022) en su trabajo analítico tuvieron como propósito, estimar los factores asociados a la ansiedad y depresión en alumnos de una facultad de medicina de Lima donde se evidenció una prevalencia del 55.81% y del 37.98% para la ansiedad y depresión respectivamente. El análisis de regresión logística multivariado mostró que los alumnos que avanzan en los años de la carrera de Medicina presentan un mayor riesgo de depresión ($OR=0.717$; $IC95\%$ del -594 -0.07). De esta forma, se concluye que a mayores años en la

carrera de medicina está asociado con un mayor riesgo de depresión, independientemente de otras variables.

Sandoval et al. (2021) en su investigación, presentaron como finalidad, evaluar la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés, así como los factores asociados en estudiantes de medicina humana. Se halló que las prevalencias de depresión, ansiedad y estrés fueron del 24,3%, 28,5% y 13,0%, respectivamente. Los factores asociados a la ansiedad fueron: presentar menos años de estudio, ser católico y presentar enfermedades crónicas; mientras que, con el estrés, se asoció una edad menor. No se encontró factores relacionados a la depresión. También se reportaron cambios en los hábitos, como menor actividad física y mayor uso de internet y redes sociales.

Ninaquispe (2022) en su estudio descriptivo correlacional tuvo como finalidad, determinar los factores asociados a las alteraciones en la salud mental de los estudiantes de medicina durante la pandemia COVID-19. Los análisis ajustados mostraron que la edad ($X^2=26.355$, $p=0.010$), el estado civil ($X^2=23.263$, $p=0.003$) y el año de estudio ($X^2=42.555$, $p=0.002$) estaban asociados significativamente con el nivel de ansiedad. En cuanto a la depresión, los factores asociados fueron el sexo ($X^2=11.011$, $p=0.026$) y el ingreso económico familiar estable ($X^2=11.065$, $p=0.026$). La prevalencia de las alteraciones mentales fue de 61.1% para ansiedad, 48.1% para depresión y 48.8% para estrés psicológico.

Oblitas y Zambrano (2022) en su trabajo descriptivo tuvieron como propósito describir la prevalencia de los trastornos emocionales en estudiantes de medicina. Se halló que el 51% presentó ansiedad leve, el 54%, depresión y el 51%, estrés. El género femenino presentó síntomas más graves, el 17% con ansiedad extremadamente severa y el 13% con depresión extremadamente severa. En cuanto a la asociación de variables, se encontró que la red de internet y la presencia de síntomas por COVID-19 se asociaron significativamente con ansiedad y estrés, mientras que tener algún familiar con COVID-19, solo a la ansiedad.

También, se observó que el año de estudio y el sexo se relacionaron a los tres trastornos emocionales estudiados.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar los factores asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar los factores sociodemográficos asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024

- Determinar los factores académicos asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024

- Determinar los factores de estilos de vida asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024.

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

La salud mental de los estudiantes de medicina es un tema central en la investigación sobre bienestar académico debido a las altas tasas de ansiedad, depresión y estrés observadas en esta población. La teoría del estrés académico según Misra y McKean (2000) sugieren que las demandas académicas excesivas, la falta de control sobre las circunstancias y la presión para cumplir con las expectativas académicas son factores clave que afectan la salud mental de los universitarios. Además, la teoría de la vulnerabilidad y el estrés según Hammen (2005) establece que los individuos con una predisposición genética a los trastornos psicológicos, como la depresión y la ansiedad, son más susceptibles a los factores estresantes. Dado que los estudiantes de esta área están propensos a una combinación de factores estresantes académicos y emocionales, su salud mental es de especial interés para estudios contemporáneos según

Dyrbye et al. (2006). Este estudio teórico proporciona una base para explorar cómo estos factores pueden estar relacionados con la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la UNFV.

1.4.2. Práctica

El estudio de los trastornos emocionales en universitarios del área de medicina tiene implicaciones directas para las instituciones educativas y las políticas de salud mental en el ámbito académico. La Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV), al ser una institución educativa de gran tamaño, debe reconocer y abordar las preocupaciones de salud mental de sus estudiantes para promover un ambiente académico saludable. La identificación de factores relacionados con la ansiedad y depresión permitirá implementar programas de prevención y apoyo psicológico adaptados a las necesidades específicas de los estudiantes de medicina como programas de gestión del estrés y apoyo psicoemocional pueden ser introducidos para reducir la prevalencia de estos trastornos y mejorar el rendimiento académico y el bienestar general. (Regehr et al., 2013)

1.4.3. Metodológica

Este estudio utiliza un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, que es adecuado para obtener una visión general de los factores asociados a los trastornos emocionales en estudiantes de medicina de la UNFV. El uso de instrumentos validados, como la Escala de Depresión y Ansiedad de Beck, permite la medición precisa y objetiva de los niveles de ansiedad y depresión en la muestra seleccionada. La recolección de datos a través de encuestas online asegura la confidencialidad y facilita la participación de un mayor número de estudiantes, lo que aumenta la representatividad de la muestra. (Ayala Gutiérrez, 2022)

Además, el análisis estadístico mediante técnicas que permitirán identificar los factores específicos asociados con cada trastorno, proporcionando una base sólida para las intervenciones futuras.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

- H1: Los factores planteados en la investigación estarán asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024.

- H0: Los factores planteados en la investigación no estarán asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024.

1.5.2. Hipótesis específicas

- Los factores sociodemográficos planteados en la investigación estarán asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024.

- Los factores académicos planteados en la investigación estarán asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024.

- Los factores de estilo de vida planteados en la investigación estarán asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Depresión*

2.1.1.1. Definición. Trastorno mental donde prima el humor depresivo, disminución de la capacidad del interés de las actividades cotidianas (anhedonia), fatiga o cansancio, lo que debilita y construye dificultades en el entorno intra e interpersonal. (Castillo et al.,2020)

2.1.1.2. Etiología. Este trastorno su etiología es no conocida. Se ha observado de naturaleza biológica, que tiene carga hereditaria, sin contar con estresores que descompensan en los grupos de las pacientes, teniendo conocimiento que las alteraciones de los neurotransmisores como la serotonina, dopamina, entre otros, son los factores identificados.

Se considera factores determinantes a los que se encuentran relacionados con la integración de la etapa significativa de la niñez fuera o dentro del círculo familiar, hallando factores que desencadenan un quiebre emocional, considerando los más comunes como el maltrato, el fallecimiento de una persona cercana o familiar, abuso sexual, las pérdidas materiales, etc. (Castillo et al.,2020)

2.1.1.3. Fisiopatología. Se ha planteado que en diferentes situaciones de la fisiología natural influyen en los pacientes y que, por los cambios de las funciones bioquímicas y neurofisiológicas, llegan a determinar los cambios que dan a las manifestaciones de los síntomas depresivos. Existen una gran cantidad de hallazgos importantes que explican la fisiopatología de la depresión. Aunque al igual que la etiopatogenia, no hay un concepto claro de la situación.

Hace tres décadas anteriormente se ha fijado una importante atención para el entendimiento biológico de la depresión como los cambios en el apetito y el sueño así como la libido entre otros. Lo que da entender de que estos síntomas neurovegetativos se deben a la

disfunción del córtex prefrontal, el diencéfalo y juntamente con el sistema límbico. (Lobos et al., 2023)

Los resultados en el tratamiento somáticos conocidos como los antidepresivos y las terapias electroconvulsiva, al igual que las observaciones donde la depresión pueda llegar a considerarse como un efecto secundario por la ingesta de medicamentos. (Lobos et al., 2023)

2.1.1.4. Epidemiología. A nivel mundial se da que una de cada cinco personas va a presentar depresión en cualquier momento de su vida y en nuestro país, se estima que el 12% lo presenta. La Asociación Psiquiátrica Americana, indican que el 15% de la población que tiene depresión intentan suicidarse. En los establecimientos de salud del MINSA los trastornos depresivos tienen una prevalencia del 4.8% registrado en el año de 1997 y en 1998 un total de 5.1%, datos que se encuentran muy abajo según el registro a nivel mundial. (Balluerka et al., 2023)

2.1.1.5. Signos y síntomas que se relacionan con la depresión. Se describe los más comunes:

a) ***Tristeza patológica.*** Es diferente de la tristeza, como un estado anímico normal, al llegar a un nivel donde llega a interferir negativamente en el transcurso de su vida, como en la parte social, en lo sexual y familiar, sin tener motivos o después de un acontecimiento, al punto de presentar una sensación profunda donde el paciente siente una pérdida del placer de continuar con su existencia, dificultándose al dar afecto o amor, presentando sentimiento de culpa.

b) ***Desgano y anhedonia.*** Presenta apatía, con desanimo, sin presencia de motivos placenteros.

c) ***Ansiedad.*** Va juntamente con la depresión, experimentando una rara desazón apreciándolo constantemente. Cuando la ansiedad influye en el cuadro clínico, es presentada como la depresión ansiosa.

d) ***Insomnio.*** En estos casos la persona se le dificulta poder conciliar el sueño, se levanta temprano y con mal humor. En otros casos, otras personas que son la minoría pueden tener hipersomnia (aumento de las horas del sueño).

e) ***Alteraciones del pensamiento.*** Son las personas que creen tener todas las enfermedades, presentando ideas derrotistas, un alto sentimiento de culpa, se encuentran obsesionadas. Sus pensamientos son más lentos y monocorde, su memoria es más débil y se distraen con mucha facilidad.

f) ***Alteraciones somáticas.*** Por lo general presentan dolores crónicos, como sentirse constipado, presentan sudoraciones nocturnas. Llegan a experimentar aun alto nivel de fatiga o cansancio.

g) ***Alteraciones del comportamiento.*** La persona siente como si viviera arrinconado, sin sentido. Se puede encontrar quieto, con los brazos cruzados o alterarse en crisis de angustia, puede presentar llantos sin sentido. No se siente consciente para tomar decisiones y hasta puede tener conflictos laborales por su bajo rendimiento.

h) ***Modificaciones del apetito y del peso.*** La gran mayoría de las personas pueden perder el apetito teniendo como consecuencia el bajo peso.

i) ***Pérdida del placer.*** En los casos de la sexualidad, por parte de los hombres presentan impotencia y en las mujeres la frigidez, también pueden perder la motivación al trabajo, los ejercicios, los juegos y otras actividades que le resultaban placenteros.

j) ***Culpa excesiva.*** Se sienten con mucha carga emocional de culpa sin sentido teniendo como consecuencia delusiones.

k) Pensamiento suicida. Las personas comienzan a presentar mucha preocupación por la muerte y presentan ideas suicidas y autodestructivas.

l) Disminución de la energía. En estos casos presenta cansancio no justificado, puede durar horas o todo el día, más a menudo por las mañanas. Estas personas por lo general se sienten más cansadas por las mañanas.

2.1.1.6. Diagnóstico. Según las pautas diagnósticas de acuerdo con el CIE-10 y el DSM-V, se considera:

Signos y síntomas del episodio depresivo:

- Presentar humor depresivo
- Pérdida del interés y de disfrutar de las actividades cotidianas
- Una baja vitalidad relacionada con el nivel de actividades y presentar cansancio extremo.
- Mínima confianza en sí mismo y sentirse inferior sin motivo.
- Pensamientos de culpa y no sentirse útil
- Presentar insomnio o hipersomnia (Trastornos de sueño)
- Tener anorexia o hiporexia (Trastornos del apetito)
- Tener pensamientos suicidas y generar actos suicidas. (APA, 2022.)

Para dar el diagnóstico de depresión se necesita la presencia de estos signos y síntomas en al menos mínimo dos semanas, aunque en periodos cortos podrían ser aceptados siempre y cuando los periodos sean de inicio brusco o muy grave.

2.1.2. Ansiedad

2.1.2.1. Definición. Es un trastorno emocional donde los sentimientos de preocupación, tensión, e inquietud son los protagonistas, estando a menudo acompañado de síntomas físicos como taquicardia, sudoración, y dificultad para concentrarse. Este estado emocional puede ser adaptativo en situaciones de peligro, pero cuando es excesivo o

desproporcionado a la situación, puede convertirse en un trastorno que afecta la vida cotidiana de la persona. (APA, 2022)

2.1.2.2. Epidemiología. Según datos de la OMS, más del 4% de las personas en el mundo han experimentado un trastorno de ansiedad, con una prevalencia que varía según la región y el contexto socioeconómico. En Latinoamérica, se evidencia una prevalencia del 5%, mientras que en países de altos ingresos la prevalencia puede superar el 7% (OMS, 2022).

Se muestran que, con mayor frecuencia en el sexo femenino, con una prevalencia del doble que el género masculino. Presentando el 17,5% en las mujeres y el 9,5% en hombres, han presentado algún trastorno de ansiedad en su vida. (Gallego, 2021)

2.1.2.3. Diagnóstico. Se describe los criterios que debe presentar el paciente:

A. El miedo o la ansiedad inapropiada en el desarrollo de la persona, separación de las personas que estima, considerando por lo menos 3 de los siguientes ítems:

- Algún malestar aumentado por alguna separación en el hogar o con el que haya tenido con mayor apego.
- La preocupación en exceso y con persistencia por alguna pérdida que tengo mayor apego de una persona o que haya sufrido un daño, como la enfermedad o muerte.
- Mayor preocupación o persistente por un acontecimiento como perderse, tener algún accidente o enfermarse, por la separación de una persona con apego.
- Tener rechazo al salir de casa, de la escuela o trabajo por miedo a la separación.
- Tener mucho miedo o resistencia a estar solo o sin las personas que le rodean.
- Miedo al dormir fuera de casa sin estar cerca a las personas con quien convive
- Tener pesadillas constantes sobre la separación.
- Presentar quejas por síntomas físicos como cefalea, dolor abdominal, náuseas o vómitos al presentarse la separación de las personas que los rodea.

B. La ansiedad, el miedo puede durar al menos cuatro semanas en niños y adolescentes, y seis o más, en adultos.

C. Las alteraciones ya mencionadas pueden causar malestar clínico o perjudicar en sus relaciones con el entorno social.

D. Que las alteraciones mencionadas no sean por otro trastorno mental. (APA, 2022)

El trastorno de la ansiedad se suele presentar en la niñez, con un promedio de los 7 años, a diferencia de la adolescencia, este trastorno permanece como los más prevalentes, junto con la agorafobia sin contar con los ataques de pánico, que suelen darse entre los 13 y 17 años, luego llegan a su máxima prevalencia a la mediana edad, donde este trastorno se generaliza, los trastornos de pánico y de la ansiedad social son los que predominan y lo que disminuye la ancianidad. (Secundino et al., 2023)

Suele ser más frecuente en las personas con enfermedades crónicas diferencia de aquellas que no tienen enfermedad. Se observa con mayor prevalencia en personas con enfermedades gástricas, continuando por el dolor crónico, como enfermedades a nivel cardíaco y respiratorio. Se considera una asociación frecuente junto a otros trastornos mentales.

2.1.3. Factores asociados que influyen en la depresión y ansiedad

2.1.3.1. Factores sociodemográficos. Se describe las variables a continuación:

a) Edad. La edad es un factor relevante en la salud mental de los universitarios del área de medicina. Los estudios muestran que los estudiantes más jóvenes tienden a experimentar más ansiedad, ya que enfrentan las primeras experiencias de presión académica y social. (Yang et al., 2022)

b) Sexo. El sexo ha demostrado ser un factor que influye en la frecuencia de trastornos emocionales en estos estudiantes. Las mujeres suelen ser las más afectadas, debido a la interacción de factores biológicos y sociales. (Dyrbye et al., 2006)

c) Carga familiar. que implica responsabilidades adicionales fuera de la universidad, está relacionada con el aumento de los niveles de ansiedad y depresión. Los estudiantes que deben cuidar a familiares o asumir otras responsabilidades familiares experimentan mayor estrés, lo que puede agravar los trastornos emocionales. (Misra y McKean, 2000)

2.1.3.2. Factores académicos. Se describe las variables a continuación:

a) Nivel de dificultad percibido. La dificultad se expresa en la carga académica que es uno de los factores más fuertes asociados con la ansiedad y depresión en estudiantes de medicina. La presión por cumplir con el alto nivel académico, las largas jornadas de estudio y las evaluaciones constantes aumentan significativamente los niveles de ansiedad. (Yang et al., 2022)

b) Tiempo dedicado al estudio. Está directamente relacionado con el estrés y la ansiedad. Los estudiantes que dedican más horas al estudio tienden a experimentar mayor ansiedad, ya que la falta de tiempo para otras actividades de descanso o sociales aumenta la presión. Este desequilibrio también puede contribuir a la depresión, ya que los estudiantes sienten que sus esfuerzos no son suficientes. (Sánchez et al., 2021)

c) Satisfacción con la carrera. También juega un papel crucial en la salud mental de los alumnos. Aquellos estudiantes que están insatisfechos con la carrera o que experimentan dudas sobre su elección profesional muestran mayores niveles de ansiedad y depresión. (Sánchez et al., 2021)

2.1.3.3. Factores de estilo de vida. Se describe las variables a continuación:

a) Horas de sueño. Son fundamentales en la salud física y mental de los alumnos. La privación del sueño está directamente asociada con un aumento de los niveles de ansiedad y depresión. (Gallicchio y Kalesan, 2009)

Los alumnos del área de medicina, que suelen tener horarios de estudio irregulares y excesivos, experimentan frecuentemente la falta de sueño, lo que agrava su bienestar emocional.

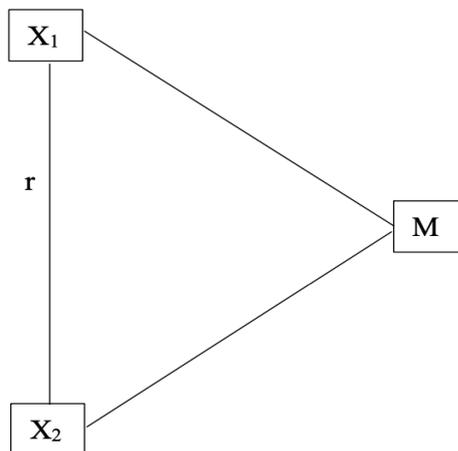
b) Hábitos alimenticios. También están relacionados con los trastornos emocionales en estudiantes de medicina. Dietas desequilibradas, como el consumo excesivo de alimentos procesados o el desajuste en los horarios de comida, pueden contribuir a la depresión y ansiedad debido a los efectos que tienen en los niveles de energía y el estado anímico. (Mikkilä et al., 2004)

c) Nivel de actividad física. Tiene un efecto protector contra la ansiedad y depresión. Los estudiantes que practican ejercicio regularmente experimentan menores niveles de estrés, ya que el ejercicio físico incrementa la liberación de endorfinas y mejora el bienestar emocional. (Sharma et al., 2006)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

- Enfoque cuantitativo porque se trabajó con la estadística y se midió de manera objetiva las variables,
- Descriptivo: caracteriza y analiza un fenómeno sin manipular variables
- Correlacional, porque se trató de relacionar las variables categóricas,
- Corte transversal porque solo se midió las variables y analítico porque se analizó las dos variables.
- Gráfica de diseño correlacional.



Donde:

X₁ = Nivel de ansiedad.

X₂ = Nivel de depresión.

M = Estudiantes de medicina

r = Relación/correlación.

3.2. Ámbito temporal y espacial

3.2.1. *Ámbito Temporal*

Abarcó los meses de noviembre y diciembre del año 2024. Este período correspondió con el ciclo académico de los estudiantes de medicina en la UNFV, durante el cual se observó

la carga académica completa y la exposición a factores estresantes, como la preparación para exámenes y las prácticas clínicas.

3.2.2. *Ámbito Espacial*

Fue en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV), ubicada en Lima, Perú.

3.3. Variables

3.3.1. *Variable Dependiente*

Depresión y Ansiedad

3.3.2. *Variables Independientes*

- Factores sociodemográficos: edad, sexo y carga familiar
- Factores académicos: nivel de dificultad percibido, tiempo dedicado al estudio y satisfacción con la carrera
- Factores de estilo de vida: Horas de sueño, hábitos alimenticios, y nivel de actividad física

3.4. Población y muestra

3.4.1. *Población*

La población de este estudio estuvo conformada por los estudiantes matriculados en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV), que pertenecen al 6to año de la carrera de Medicina, los cuales son 100 alumnos.

3.4.2. *Muestra*

Fue la totalidad de alumnos del 6to año de medicina humana (100 estudiantes)

- Muestreo: Censal

3.4.3. *Criterios de Inclusión*

- Estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNFV.
- Estudiantes matriculados en el ciclo académico de 2024.

- Estudiantes de VI año de la carrera de medicina.
- Consentimiento informado firmado para participar en el estudio.
- Disponibilidad para responder el cuestionario de manera completa.

3.4.4. Criterios de Exclusión

- Estudiantes que no consientan participar en el estudio.
- Estudiantes con enfermedades psiquiátricas diagnosticadas previamente que puedan interferir con los resultados (por ejemplo, trastornos mentales graves como psicosis).
- Estudiantes que no puedan completar el cuestionario por falta de tiempo o compromiso

3.5. Instrumentos

Para la recolección de datos en este estudio sobre los factores asociados a la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV), se utilizó dos instrumentos principales. En primer lugar, se aplicó una ficha de recolección de datos, la cual incluyó variables sociodemográficas, académicas y de estilo de vida asociadas con la depresión y ansiedad. Además, se utilizó las Escalas de Beck, tanto la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) como la Escala de Depresión de Beck (BDI-II), para medir los niveles de ansiedad y depresión en los participantes. La Escala de Ansiedad de Beck (BAI) consta de 21 ítems que evalúan la intensidad de los síntomas de ansiedad, con puntuaciones que permiten clasificar la ansiedad en niveles de gravedad (leve, moderada, grave). Por otro lado, la Escala de Depresión de Beck (BDI-II), también con 21 ítems, se utiliza para medir la severidad de los síntomas depresivos y clasificar la depresión en los mismos niveles de intensidad.

Puntaje total (ansiedad): Suma los puntos de todas las respuestas. El rango de puntuación es de 0 a 63 y la interpretación es la siguiente:

- 0–21: Ansiedad muy baja
- 22–35: Ansiedad moderada

- 36 o más: Ansiedad severa

Puntaje Total (depresión): Sume los puntos de todas las respuestas. El rango de puntuación es de 0 a 63 y la interpretación es la siguiente:

- 0–13: Depresión mínima
- 14-19: Depresión leve
- 20–28: Depresión moderada
- 29 o más: Depresión severa

La técnica de recolección de datos fue una **encuesta**, en la cual los estudiantes respondieron un **cuestionario (instrumento)** estructurado de forma online, a través de Google Forms. Este cuestionario incluye tanto la ficha de recolección de datos como las Escalas de Beck, lo que permitió evaluar la relación entre los trastornos emocionales y los factores asociados en los estudiantes de medicina. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron validados por juicio de expertos, asegurando su validez de contenido y constructo. Además, las Escalas de Beck (BAI y BDI-II) cuentan con una alta confiabilidad ($\alpha > 0.85$), respaldada por estudios previos, garantizando mediciones precisas de ansiedad y depresión en los participantes.

3.6. Procedimientos

- Se definió la población como los estudiantes de VI año de la Facultad de Medicina de la UNFV, y se seleccionó a los 120 estudiantes.
- Se diseñó un cuestionario estructurado que incluye una ficha de datos y las escalas de Beck (BAI para ansiedad y BDI-II para depresión).
- Se solicitó permiso a la universidad y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, asegurando que la participación fuera voluntaria y anónima.
- El cuestionario se distribuyó en línea a través de plataformas como Google Forms

- Los estudiantes completaron la encuesta en un plazo de una semana, con instrucciones claras sobre cómo responder.
- Se recolectaron los datos y se ingresaron en una base de datos para su posterior análisis utilizando SPSS y Excel.
- Los resultados se interpretaron y presentaron en tablas y gráficos, y se redactó un informe final con las conclusiones y recomendaciones.

3.7. Análisis de datos

El presente trabajo de investigación es de alcance observacional por lo que, una vez obtenida los datos necesarios, se procedió con análisis estadístico. Los datos fueron almacenados y procesados en una computadora Intel Core I7, utilizando el programa EXCEL del sistema operativo Windows 10. El análisis estadístico se realizó mediante IBM SPSS Statistics versión 29. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos de elaboración propia del investigador.

3.8. Consideraciones éticas

Para el desarrollo de este estudio sobre los factores asociados a la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV), se tomó en cuenta las siguientes consideraciones éticas según las pautas del Colegio Médico del Perú: (CMP, 2021)

- **Consentimiento informado:** Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, quienes fueron debidamente informados sobre los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios del estudio. Se garantizó que la participación sea completamente voluntaria y que los estudiantes puedan retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión negativa.
- **Confidencialidad y privacidad:** Se garantizó la confidencialidad de toda la información proporcionada por los participantes. Los datos personales fueron

almacenados de manera segura y solo fueron utilizados para fines de investigación. Los resultados se presentaron de forma agregada, sin identificar a los participantes individualmente.

- Protección de los derechos de los participantes: El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos de la no maleficencia (no causar daño) y beneficencia (buscar el bienestar de los participantes). Se minimizaron los posibles riesgos psicológicos, y los participantes tuvieron el acceso a recursos de apoyo en caso de sentirse afectados por la participación en el estudio.

IV. RESULTADOS

En el presente estudio donde el objetivo fue determinar los factores asociados a la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de una universidad pública de Lima-Perú, 2024, se tuvo una muestra representativa de 100 universitarios.

La investigación permitió explorar la prevalencia de niveles de depresión y ansiedad en este grupo, categorizando a los participantes en diferentes niveles de afectación (leve, moderado, severo) según herramientas validadas para medir estos estados emocionales. Asimismo, se analizó la relación de estas condiciones con factores sociodemográficos y académicos como edad, sexo, nivel de dificultad percibido, carga familiar, y otros.

4.1. Análisis de Depresión

Tabla 1

Distribución del nivel de depresión según la edad

		CLASIFICACION DE DEPRESION				Total	
		Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa		
EDAD	Menor de 25 años	5	5	6	0	16	
	%	31,3%	31,3%	37,5%	0,0%	100,0%	
	25 años o más	19	54	11	0	84	
	%	22,6%	64,3%	13,1%	0,0%	100,0%	
Total		24	59	17	0	100	
		%	24,0%	59,0%	17,0%	0,0%	100,0%

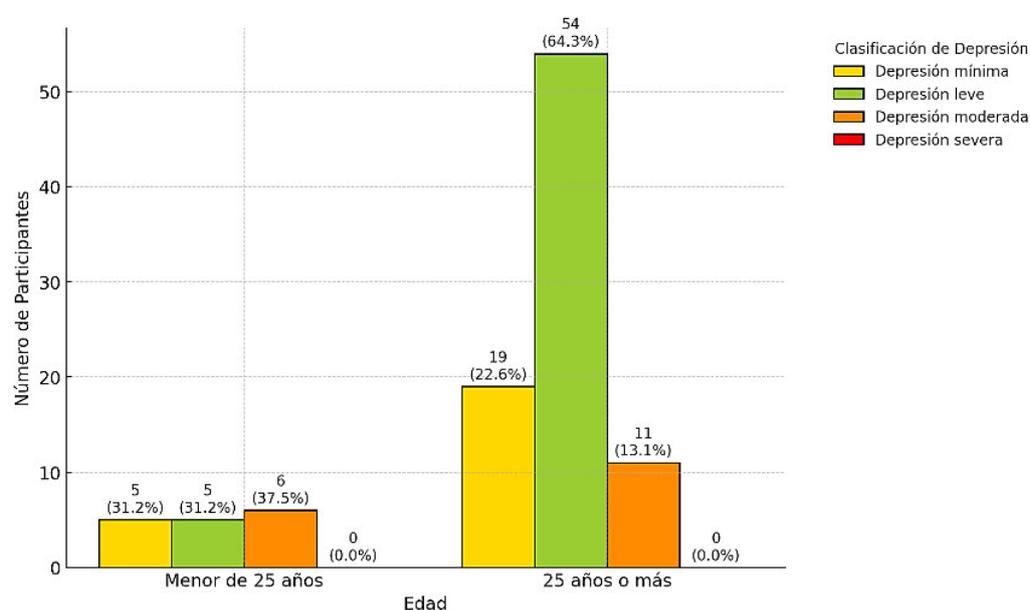
$$\chi^2= 7.612 \quad p=.022$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de depresión (mínima, leve, moderada) según la edad de los estudiantes, observándose que, entre los menores de 25 años, el 31.3% presenta depresión mínima, el 31.3% depresión leve y el 37.5% depresión moderada, mientras que entre

los mayores de 25 años, el 22.6% presenta depresión mínima, el 64.3% depresión leve y el 13.1% depresión moderada. En general, el 59% de los estudiantes presenta depresión leve y no se presentó casos de depresión severa. El análisis estadístico ($\chi^2 = 7.612$, $p = 0.022$) indica una asociación estadísticamente significativa entre la edad y los niveles de depresión, ya que $p < 0.05$, sugiriendo que la edad influye en los niveles de depresión reportados.

Figura 1

Distribución del nivel de depresión según la edad



Nota. En la figura, se observa que el grupo etario de 25 años a más se obtuvo como frecuencia más alta a la depresión leve (64.3%). Así mismo, en ningún grupo etario se encontró depresión severa (0.0%).

Tabla 2

Distribución del nivel de depresión según el sexo

		CLASIFICACION DE DEPRESION				Total
		Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	
SEXO	Masculino	17	30	8	0	55

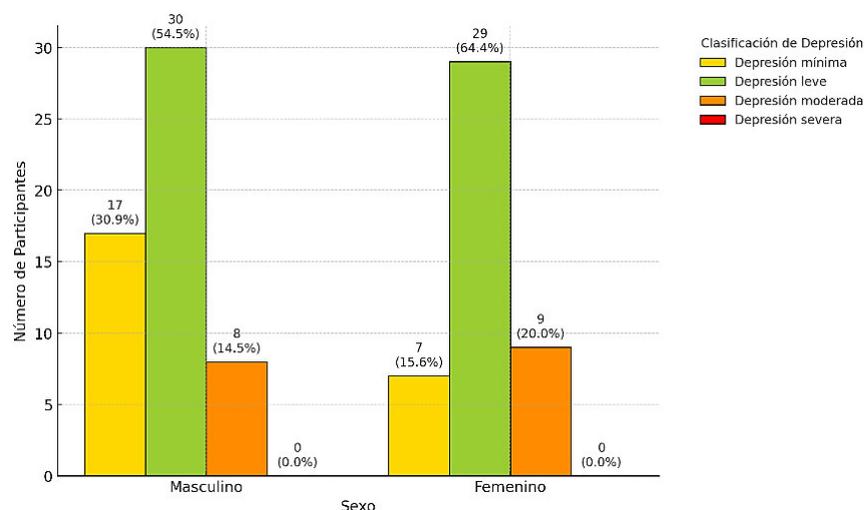
	%	30,9%	54,5%	14,5%	0,0%	100,0%
Femenino		7	29	9	0	45
	%	15,6%	64,4%	20,0%	0,0%	100,0%
Total		24	59	17	0	100
	%	24,0%	59,0%	17,0%	0,0%	100,0%

$$\chi^2 = 3.275 \quad p = .194$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de depresión (mínima, leve, moderada) según el sexo de los estudiantes, se observa que las mujeres presentaron la mayor proporción de depresión leve (64.4%), mientras que en hombres alcanzaron el 54.5%. En los hombres se evidencia que es más frecuente la depresión mínima (30.9%) en comparación con mujeres (15.6%). En las mujeres se evidencia ligeramente una mayor frecuencia de la depresión moderada (20.0%) frente a hombres (14.5%), y no se reportaron casos de depresión severa en ninguno de los grupos. Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2 = 3,275$, $p = 0.194$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la clasificación de depresión ($p > 0.05$).

Figura 2

Distribución del nivel de depresión según el sexo



Nota. Se observa que tanto el grupo del sexo masculino y femenino presentaron con mayor frecuencia depresión leve (54.5% y 64.4% respectivamente), luego depresión mínima (30.9%

y 15.6% respectivamente), y por último, depresión moderada (14.5% y 20.0% respectivamente).

Tabla 3

Distribución del nivel de depresión según la carga familiar

		CLASIFICACION DE DEPRESION				Total
		Depresió n mínima	Depresió n leve	Depresió n moderad a	Depresió n severa	
CARGA	Sin	22	39	10	0	71
FAMILIA	responsabilidad	% 31,0%	54,9%	14,1%	0,0%	100,0
R	es					%
	Con	2	20	7	0	29
	responsabilidad	% 6,9%	69,0%	24,1%	0,0%	100,0
	es					%
	Total	24	59	17	0	100
		% 24,0%	59,0%	17,0%	0,0%	100,0
						%

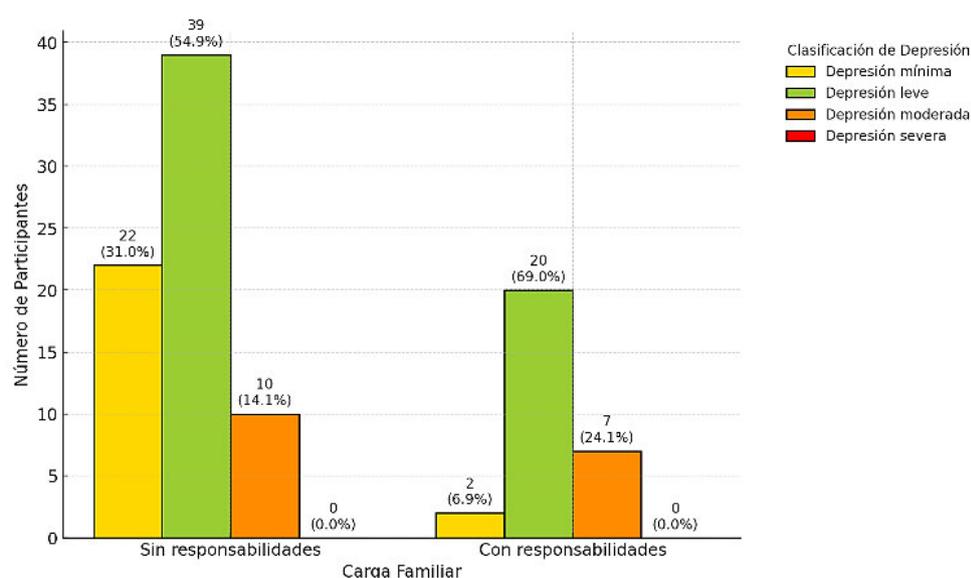
$$\chi^2 = 6.890 \quad p = .032$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de depresión (mínima, leve, moderada) según la carga familiar de los estudiantes, se observa que aquellos con responsabilidades familiares presentaron mayor proporción de depresión leve (69.0%), mientras que en quienes no tienen responsabilidades familiares alcanzaron el 54.9%. Por otro lado, quienes no tienen responsabilidades obtuvieron con mayor frecuencia depresión mínima (31.0%) frente a aquellos con responsabilidades (6.9%). Por último, se observa que, en aquellos con

responsabilidades, la depresión moderada, fue más prevalente (24.1%) en comparación con quienes no tienen (14.1%). No se reportaron casos de depresión severa en ninguno de los grupos. El análisis estadístico ($\chi^2 = 6.890$, $p = 0.032$) indica una asociación estadísticamente significativa entre la carga familiar y los niveles de depresión, ya que $p < 0.05$, sugiriendo que la carga familiar influye en los niveles de depresión reportados.

Figura 3

Distribución del nivel de depresión según la carga familiar



Nota. En la figura, se observa que el grupo de estudiantes sin responsabilidades presentó con mayor frecuencia depresión leve (54.9%), y luego, depresión mínima (31.0%). Mientras que el otro grupo, presentó con mayor frecuencia depresión leve (69.0%), y luego, depresión moderada (24.1%).

Tabla 4

Distribución del nivel de depresión según el nivel de dificultad percibido

		CLASIFICACION DE DEPRESION				Total
		Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	
NIVEL DE	Baja	9	19	2	0	30

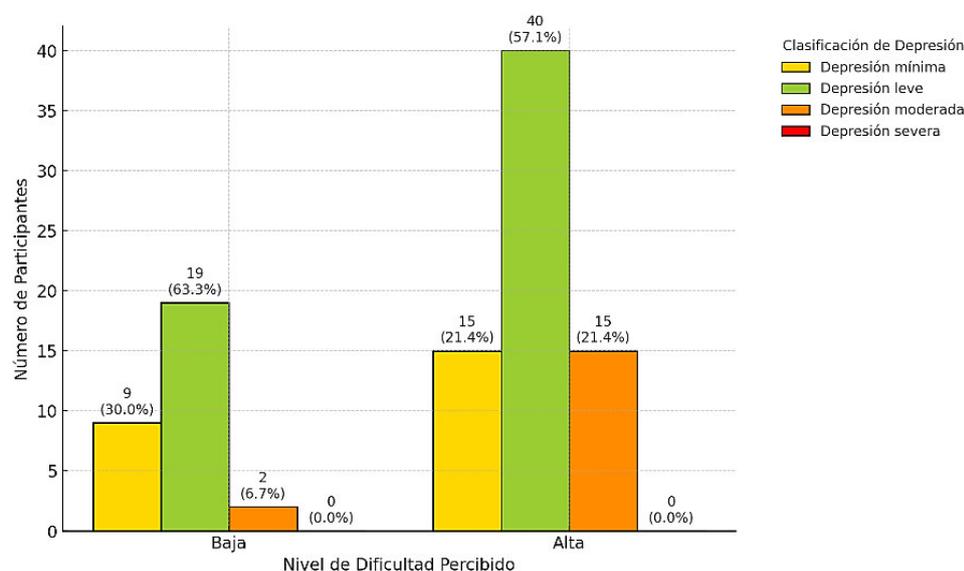
DIFICULTAD		%	30,0%	63,3%	6,7%	0,0%	100,0%
PERCIBIDO	Alta		15	40	15	0	70
		%	21,4%	57,1%	21,4%	0,0%	100,0%
Total			24	59	17	0	100
		%	24,0%	59,0%	17,0%	0,0%	100,0%

$$\chi^2= 3.471 \quad p=.176$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de depresión (mínima, leve, moderada) según el nivel de dificultad percibido por los estudiantes, se observa que, en las personas con dificultad baja y alta, la depresión leve es la más prevalente (63.3% y 57.1% respectivamente). Por otro lado, quienes perciben baja dificultad presentan con mayor frecuencia depresión mínima (30.0%) frente a aquellos con alta dificultad (21.4%), mientras quienes perciben alta dificultad tienen depresión moderada con mayor prevalencia (21.4%) en comparación con los de baja dificultad (6.7%). No se reportaron casos de depresión severa en ninguno de los grupos. Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2= 3.471$ $p=.176$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de dificultad percibido y la clasificación de depresión ($p > 0.05$).

Figura 4

Distribución del nivel de depresión según el nivel de dificultad percibido



Nota. En la figura, se observa que, en ambos grupos, la depresión leve fue la más prevalente. Luego de este, se evidencia mayor frecuencia de depresión mínima en el grupo de baja dificultad percibido (30.0%) a comparación del otro grupo que presentan en la misma proporción depresión mínima y moderada (21.4%).

Tabla 5

Distribución del nivel de depresión según el tiempo dedicado al estudio

		CLASIFICACION DE DEPRESION				Total
		Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	
TIEMPO	Menos	13	31	9	0	53
DEDICADO	de 4	% 24,5%	58,5%	17,0%	0,0%	100,0%
AL	horas					
ESTUDIO	al día					
	Mas	11	28	8	0	47
	de 4	% 23,4%	59,6%	17,0%	0,0%	100,0%
	horas					
	al día					
Total		24	59	17	0	100
		% 24,0%	59,0%	17,0%	0,0%	100,0%

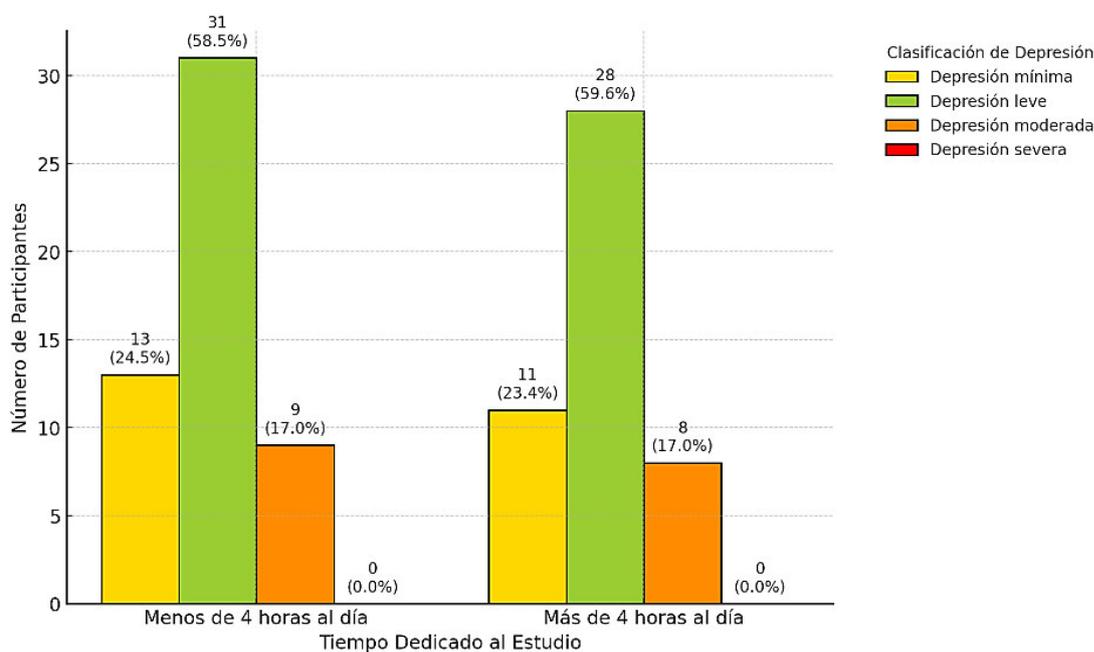
$$\chi^2 = .018 \quad p = .991$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de depresión (mínima, leve, moderada) según el tiempo dedicado al estudio, se observa que tanto los que estudian menos de 4 horas al día como quienes dedican más de 4 horas presentan depresión leve (58.5% y 59.6% respectivamente). En ambos grupos se evidencia porcentajes similares con respecto a depresión mínima (24.5% en menos de 4 horas y 23.4% en más de 4 horas). De manera similar, con la depresión moderada que

alcanza el 17.0% en ambos grupos, y no se reportaron casos de depresión severa en ninguno de ellos. Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=0.018$, $p=0.991$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo dedicado al estudio y la clasificación de depresión ($p > 0.05$).

Figura 5

Distribución del nivel de depresión según el tiempo dedicado al estudio



Nota. En la figura, se observa con mayor frecuencia en ambos grupos, la depresión leve con una ligera diferencia (58.5% en menos de 4 horas y 59.6% en más de 4 horas) que se repite tras este con la depresión mínima (24.5% y 23.4% respectivamente), para posterior a este, encontrar una prevalencia igual en depresión moderada en ambos grupos (17.0%).

Tabla 6

Distribución del nivel de depresión según la satisfacción con la carrera

Total

CLASIFICACION DE DEPRESION

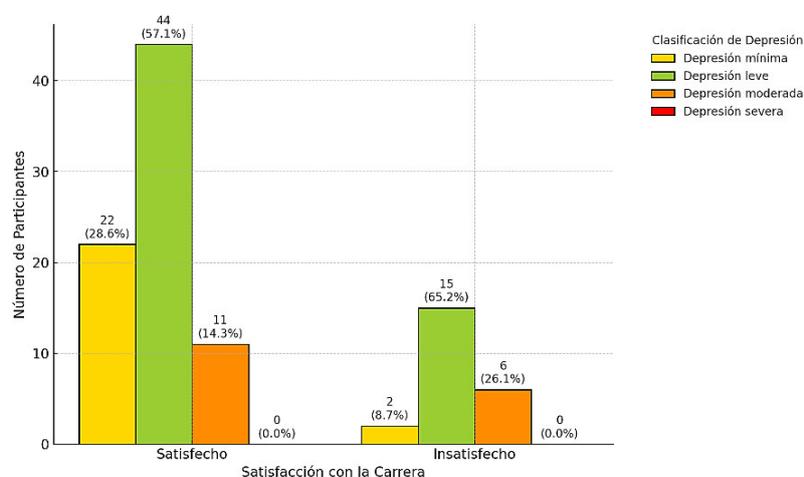
		Depresió n mínima	Depresió n leve	Depresió n moderada	Depresió n severa	
SATISFACCIÓN CON LA CARRERA	Satisfecho	22	44	11	0	77
		% 28,6%	57,1%	14,3%	0,0%	100,0%
	Insatisfecho	2	15	6	0	23
		% 8,7%	65,2%	26,1%	0,0%	100,0%
Total		24	59	17	0	100
		% 24,0%	59,0%	17,0%	0,0%	100,0%

$$\chi^2 = 4.562 \quad p = .102$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de depresión (mínima, leve, moderada) según la satisfacción con la carrera, se observa que en satisfechos como insatisfechos, la depresión leve es la más prevalente (57.1% y 65.2% respectivamente). Por otro lado, en el grupo de los satisfechos se evidencia una mayor frecuencia de depresión mínima (28.6%) en comparación con el grupo de insatisfechos (8.7%), panorama que se invierte si vemos la frecuencia de la depresión moderada, (26.1% en insatisfechos y 14.3% en satisfechos). No se reportaron casos de depresión severa en ninguno de los grupos. Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2 = 4.562$, $p = 0.102$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la carrera y la clasificación de depresión ($p > 0.05$).

Figura 6

Distribución del nivel de depresión según la satisfacción con la carrera



Nota. En la figura, se observa que, en el grupo de estudiantes satisfechos, existe una mayor frecuencia de depresión leve (57.1%) luego depresión mínima (28.6%) y por último, depresión moderada (14.3%). Mientras que, en el otro grupo, se evidencia una mayor prevalencia de depresión leve (65.2%), luego depresión moderada (26.1%) y por último, depresión mínima (8.7%).

Tabla 7

Distribución del nivel de depresión según las horas de sueño

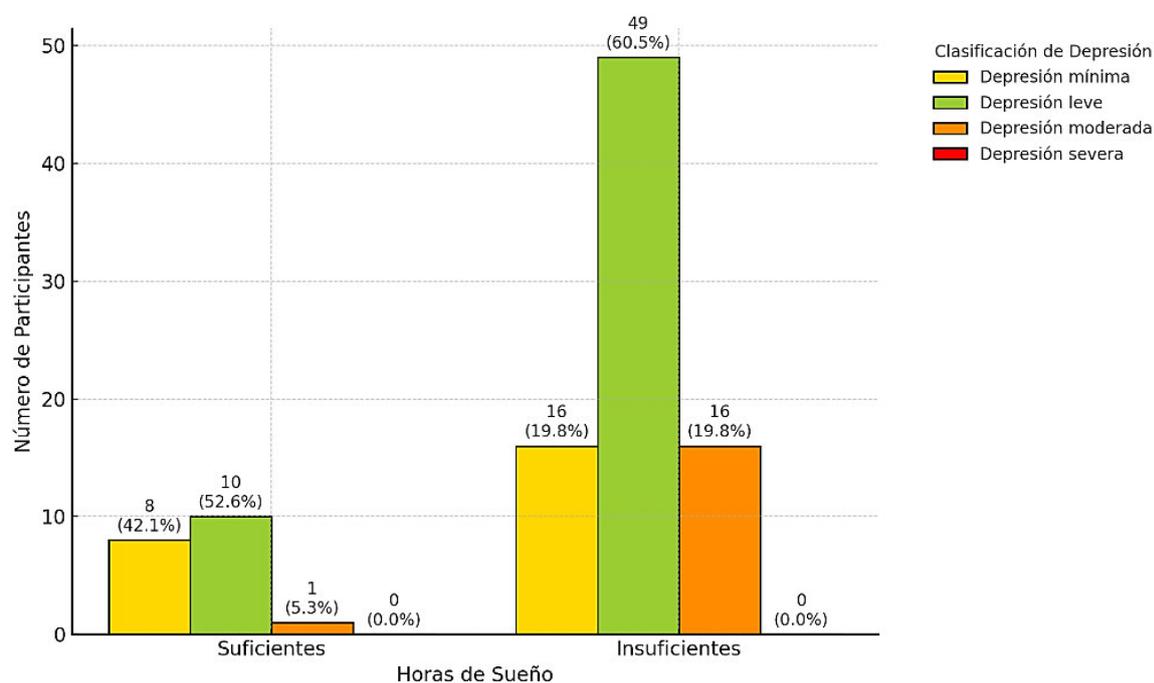
		CLASIFICACION DE DEPRESION				Total
		Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	
HORAS	Suficientes	8	10	1	0	19
DE		% 42,1%	52,6%	5,3%	0,0%	100,0%
SUEÑO	Insuficientes	16	49	16	0	81
		% 19,8%	60,5%	19,8%	0,0%	100,0%
Total		24	59	17	0	100
		% 24,0%	59,0%	17,0%	0,0%	100,0%

$$\chi^2 = 5.266 \quad p = .072$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de depresión (mínima, leve, moderada) según las horas de sueño, se observa que tanto aquellos quienes tienen horas de sueño suficientes así como insuficientes presentan mayor frecuencia de depresión leve (52,6% y 60,5% respectivamente). En el grupo de horas de sueño suficientes se evidencia también una alta frecuencia de depresión mínima (42,1%) en comparación con el grupo con horas insuficientes (19,8%). Por otro lado, en el grupo de horas de sueño insuficientes se evidencia una mayor prevalencia de depresión moderada (19,8%) frente a quienes tienen horas de sueño suficientes (5,3%). No se reportaron casos de depresión severa en ninguno de los grupos. Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2 = 5.266$, $p = 0.072$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las horas de sueño y la clasificación de depresión ($p > 0.05$).

Figura 7

Distribución del nivel de depresión según las horas de sueño



Nota. En la figura, se observa que, en el grupo de horas de sueño insuficientes, existe una mayor frecuencia de depresión leve (57,1%) y luego, en igual prevalencia, depresión mínima y depresión moderada (19,8%). Mientras que el grupo de horas de sueño suficientes presenta en

mayor frecuencia depresión leve (52.6%), luego depresión mínima (42.1%) y por último, depresión moderada (5.3%).

Tabla 8

Distribución del nivel de depresión según los hábitos alimenticios

		CLASIFICACION DE DEPRESION				Total
		Depresió n mínima	Depresió n leve	Depresió n moderad a	Depresió n severa	
HABITOS	Saludabl	9	18	3	0	30
ALIMENTICI	es	% 30,0%	60,0%	10,0%	0,0%	100,0
OS						%
	Poco	15	41	14	0	70
	saludable	% 21,4%	58,6%	20,0%	0,0%	100,0
	s					%
Total		24	59	17	0	100
		% 24,0%	59,0%	17,0%	0,0%	100,0
						%

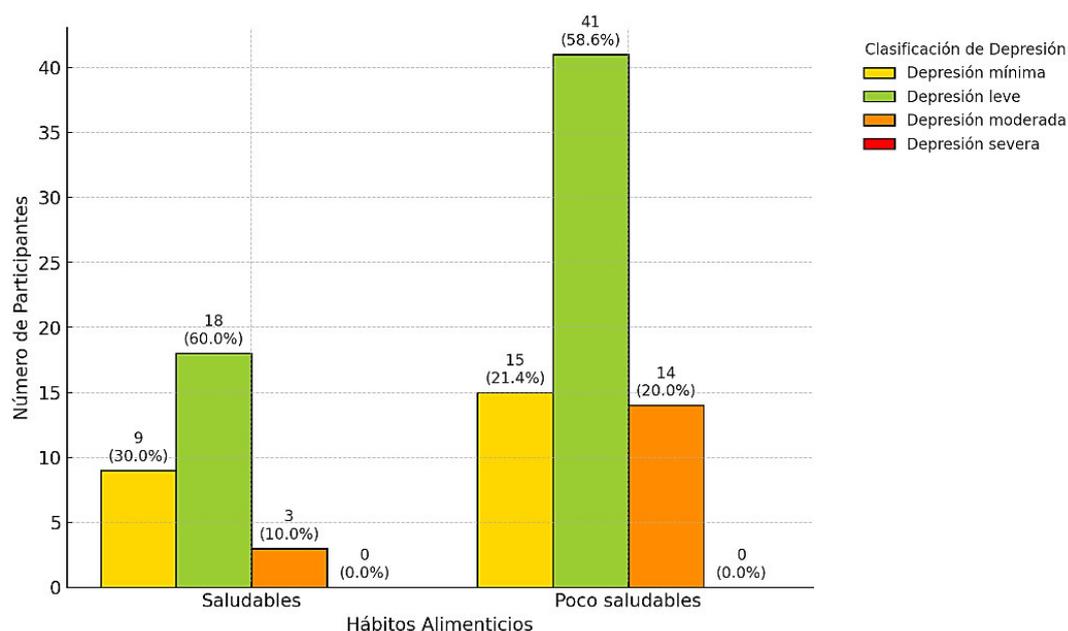
$$\chi^2 = 1.885 \quad p = .390$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de depresión (mínima, leve, moderada) según los hábitos alimenticios, se observa que, tanto en las personas con hábitos saludables como poco saludables, se evidencia una alta frecuencia de depresión leve (60.0% y 58.6% respectivamente). En el grupo de hábitos saludables, se evidencia también una alta frecuencia de depresión mínima (30.0%) en comparación con el otro grupo (21.4%). Por otro lado, en el grupo de hábitos poco saludables se evidencia una mayor prevalencia de depresión moderada

(20.0%) frente al otro grupo (10.0%). No se reportaron casos de depresión severa en ninguno de los grupos. Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2 = 1.885$, $p = 0.390$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las horas de sueño y la clasificación de depresión ($p > 0.05$).

Figura 8

Distribución del nivel de depresión según los hábitos alimenticios



Nota. En la figura, se observa que, en el grupo de hábitos saludables, existe una mayor frecuencia de depresión leve (60.0%), luego depresión mínima (30.0%) y por último, depresión moderada (10.0%). Mientras que el grupo de hábitos pocos saludables presenta también en mayor frecuencia depresión leve (58.6%), luego depresión mínima (21.4%) y por último, depresión moderada (20.0%).

Tabla 9

Distribución del nivel de depresión según los niveles de actividad física

CLASIFICACION DE DEPRESION				Total
Depresió	Depresió	Depresió	Depresió	
n mínima	n	n	n severa	

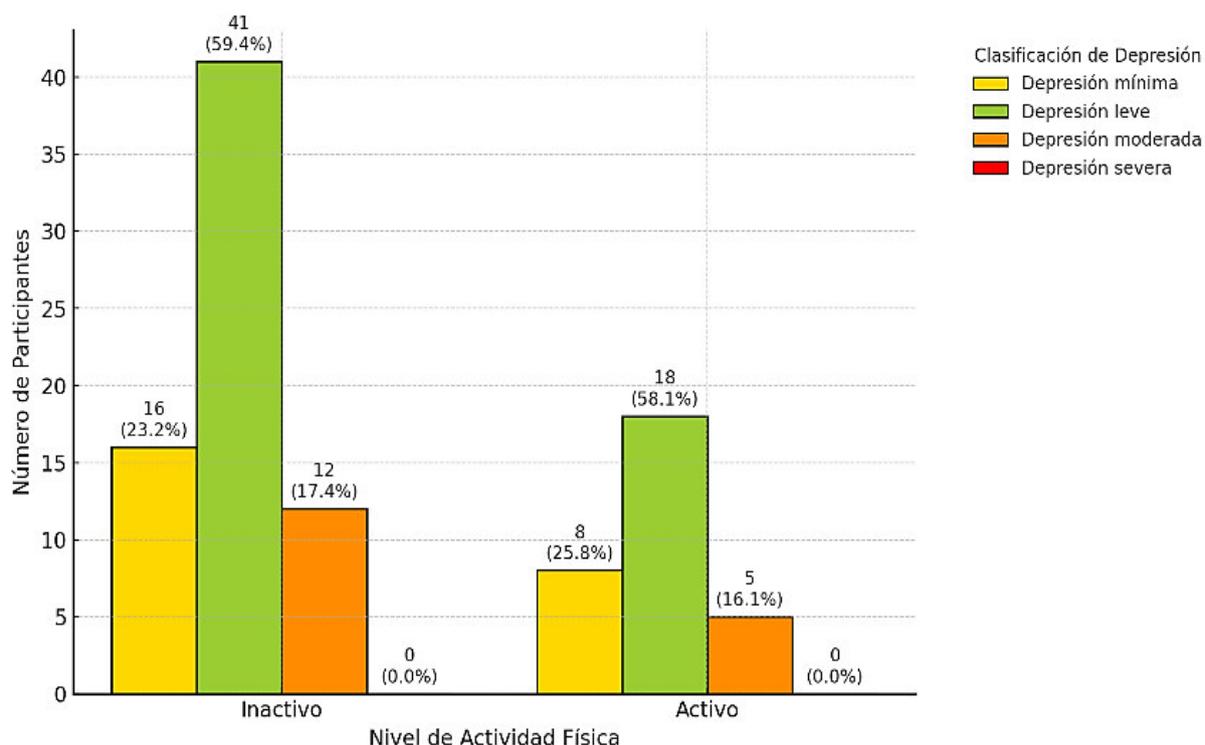
		leve		moderada		
						a
NIVEL DE	Inactivo	16	41	12	0	69
ACTIVIDAD	o	% 23,2%	59,4%	17,4%	0,0%	100,0
D FISICA						%
	Activo	8	18	5	0	31
		% 25,8%	58,1%	16,1%	0,0%	100,0
						%
Total		24	59	17	0	100
		% 24,0%	59,0%	17,0%	0,0%	100,0
						%

$$\chi^2 = 0.088 \quad p = 0.957$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de depresión (mínima, leve, moderada) según el nivel de actividad física, se observa que la depresión leve es la más prevalente tanto en personas inactivas (59.4%) como activas (58.1%). Por otro lado, se evidencia en las personas activas, una ligera mayor frecuencia de depresión mínima (25.8%) frente a las inactivas (23.2%), mientras que el panorama se invierte en relación a la depresión moderada (17,4% en inactivos y 16,1% en activos). Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2 = 0.088$, $p = 0.957$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las horas de sueño y la clasificación de depresión ($p > 0.05$).

Figura 9

Distribución del nivel de depresión según los niveles de actividad física



Nota. En la figura, se observa que, en el grupo de inactivos, existe una mayor frecuencia de depresión leve (59.4%), luego depresión mínima (23.2%) y por último, depresión moderada (17.4%). Mientras que el grupo de activos presenta también en mayor frecuencia depresión leve (58.1%), luego depresión mínima (25.8%) y por último, depresión moderada (16.1%).

4.2. Análisis de Ansiedad

Tabla 10

Distribución del nivel de ansiedad según la edad

EDAD	CLASIFICACION DE ANSIEDAD			Total
	Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	
Menor de 25	7	7	2	16

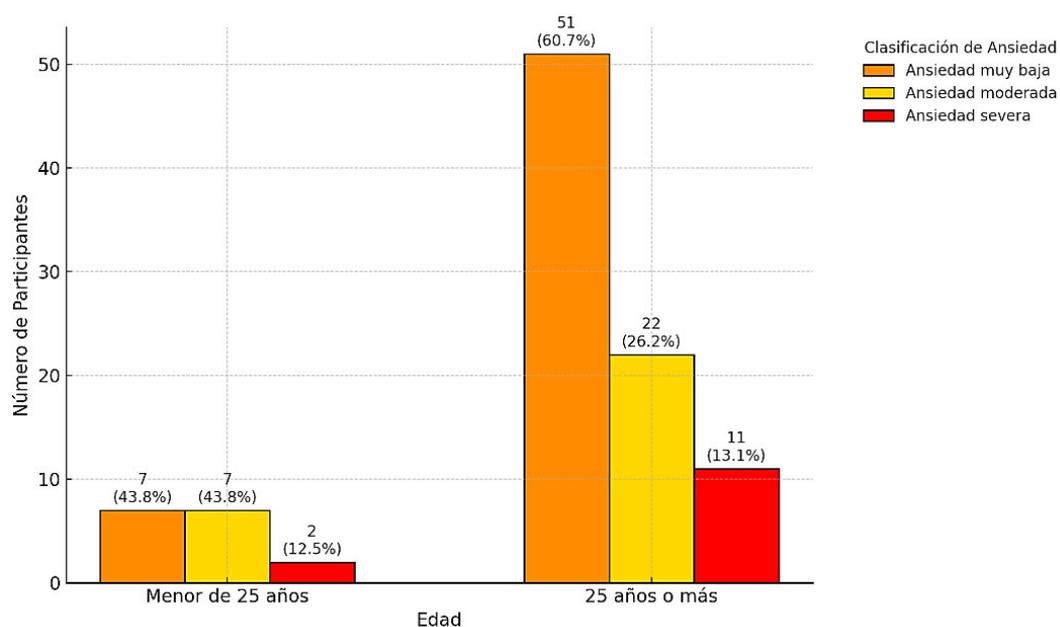
años	%	43,8%	43,8%	12,5%	100,0%
25 años o		51	22	11	84
más	%	60,7%	26,2%	13,1%	100,0%
Total		58	29	13	100
	%	58,0%	29,0%	13,0%	100,0%

$$\chi^2 = 2.100 \quad p = 0.350$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad (muy baja, moderada, severa) según la edad de los estudiantes, se observa que en el grupo de 25 años o más, la ansiedad muy baja es la más prevalente (60.7%), en comparación con el grupo menor de 25 años (43.8%). En el grupo menor de 25 años, la ansiedad moderada también es más prevalente (43.8%) frente al grupo de 25 años o más (26.2%). La ansiedad severa muestra porcentajes similares entre los grupos, con 12.5% en menores de 25 años y 13.1% en mayores de 25 años. Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=2.100$, $p=0.350$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la clasificación de ansiedad ($p>0.05$).

Figura 10

Distribución del nivel de ansiedad según la edad



Nota. En la figura, se observa que el grupo etario de 25 años a más existe una mayor frecuencia de ansiedad muy baja (60.7%), luego ansiedad moderada (26.2%) y por último, ansiedad severa (13.1%). Mientras que el grupo menor de 25 años, presenta en misma prevalencia ansiedad muy baja y ansiedad moderada (43.8%), y luego ansiedad severa (12.5%).

Tabla 11

Distribución del nivel de ansiedad según el sexo

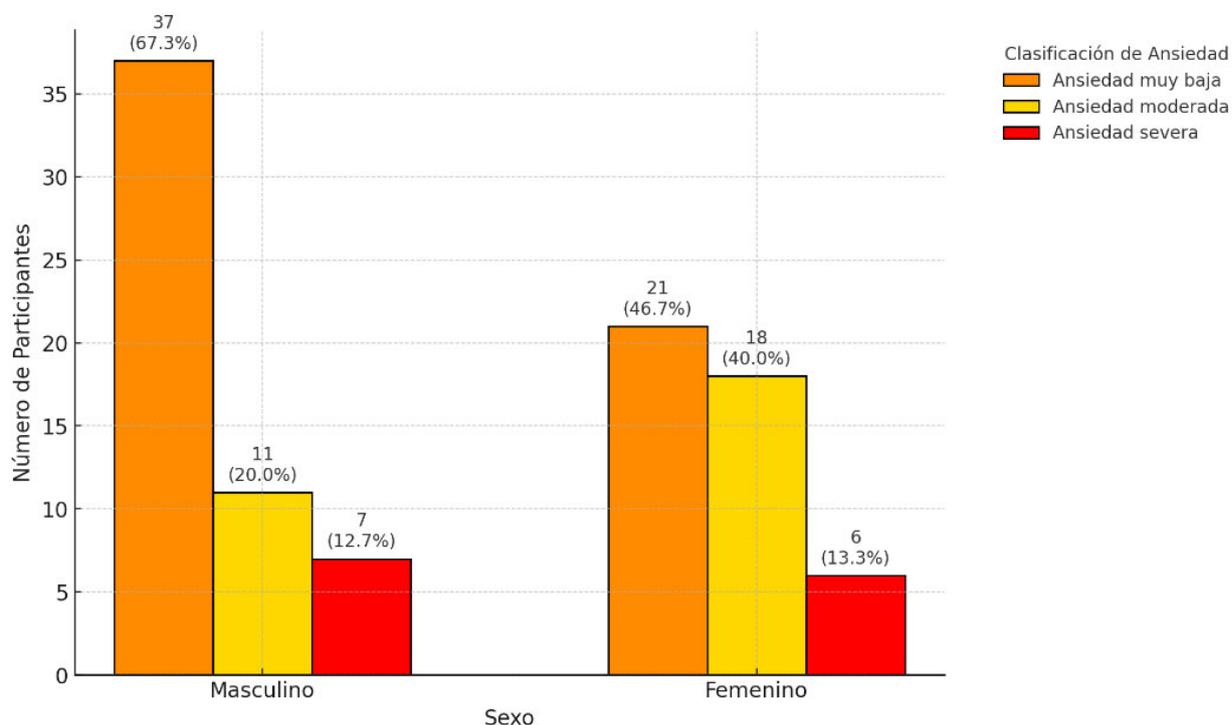
		CLASIFICACION DE ANSIEDAD			
		Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Total
SEXO	Masculino	37	11	7	55
		% 67,3%	20,0%	12,7%	100,0%
	Femenino	21	18	6	45
		% 46,7%	40,0%	13,3%	100,0%
Total		58	29	13	100
		% 58,0%	29,0%	13,0%	100,0%

$$\chi^2 = 5.233 \quad p = .073$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad (muy baja, moderada, severa) según el sexo de los estudiantes, se observa que, en los hombres, la ansiedad muy baja es más prevalente (67.3%) que en mujeres (46.7%). Por otro lado, en las mujeres, la ansiedad moderada es más frecuente (40.0%) frente a hombres (20.0%). Por último, los porcentajes de ansiedad severa son similares entre ambos sexos, con 12.7% en hombres y 13.3% en mujeres. Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=5.233$, $p = 0.073$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la clasificación de ansiedad ($p>0.05$).

Figura 11

Distribución del nivel de ansiedad según el sexo



Nota. En la figura, se observa que tanto el grupo del sexo masculino y femenino presentaron con mayor frecuencia ansiedad muy baja (67.3% y 46.7% respectivamente), luego ansiedad moderada (20.0% y 40.0% respectivamente), y por último, ansiedad severa (12.7% y 13.3% respectivamente).

Tabla 12

Distribución del nivel de ansiedad según la carga familiar

CARGA FAMILIAR	Sin responsabilidades	CLASIFICACION DE ANSIEDAD			Total
		Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Ansiedad
		43	20	8	71
		% 60,6%	28,2%	11,3%	100,0%

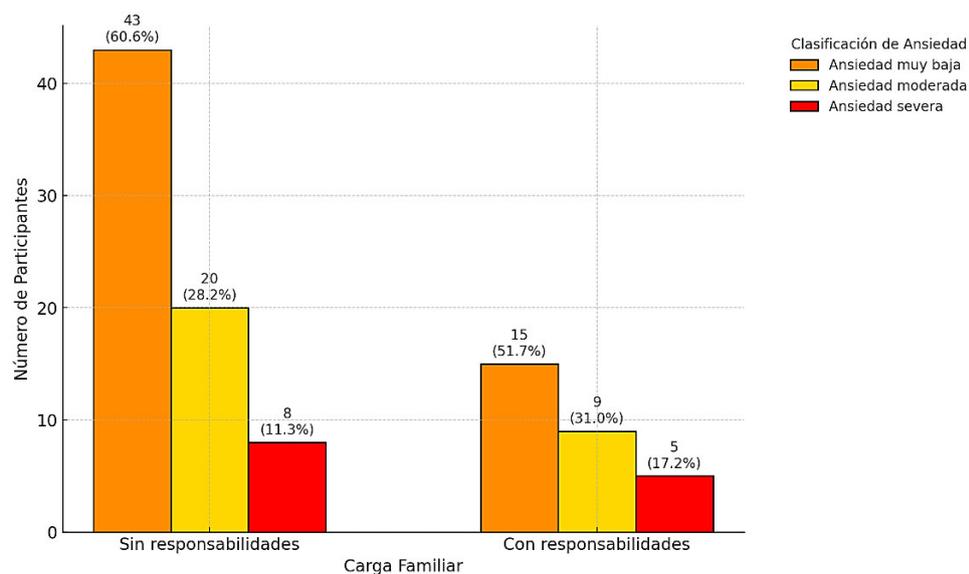
Con	15	9	5	29
responsabilidades	% 51,7%	31,0%	17,2%	100,0%
Total	58	29	13	100
	% 58,0%	29,0%	13,0%	100,0%

$$\chi^2 = .901 \quad p = .637$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad (muy baja, moderada, severa) según la carga familiar de los estudiantes, se observa que la ansiedad muy baja es más prevalente en personas sin responsabilidades familiares (60.6%) que en quienes tienen responsabilidades (51.7%). Por otro lado, aquellos con responsabilidades familiares presentan con mayor frecuencia en ansiedad moderada y ansiedad severa (31.0% y 28.2% respectivamente) frente a quienes no las tienen (28.2% y 11.3% respectivamente). Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=0.901$, $p=0.637$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la carga familiar y la clasificación de ansiedad ($p>0.05$).

Figura 12

Distribución del nivel de ansiedad según la carga familiar



Nota. En la figura, se observa que tanto el grupo de sin y con responsabilidades presentaron con mayor frecuencia ansiedad muy baja (60.6% y 51.7% respectivamente), luego ansiedad

moderada (28.2% y 31.0% respectivamente), y por último, ansiedad severa (11.3% y 17.2% respectivamente).

Tabla 13

Distribución del nivel de ansiedad según el nivel de dificultad percibido

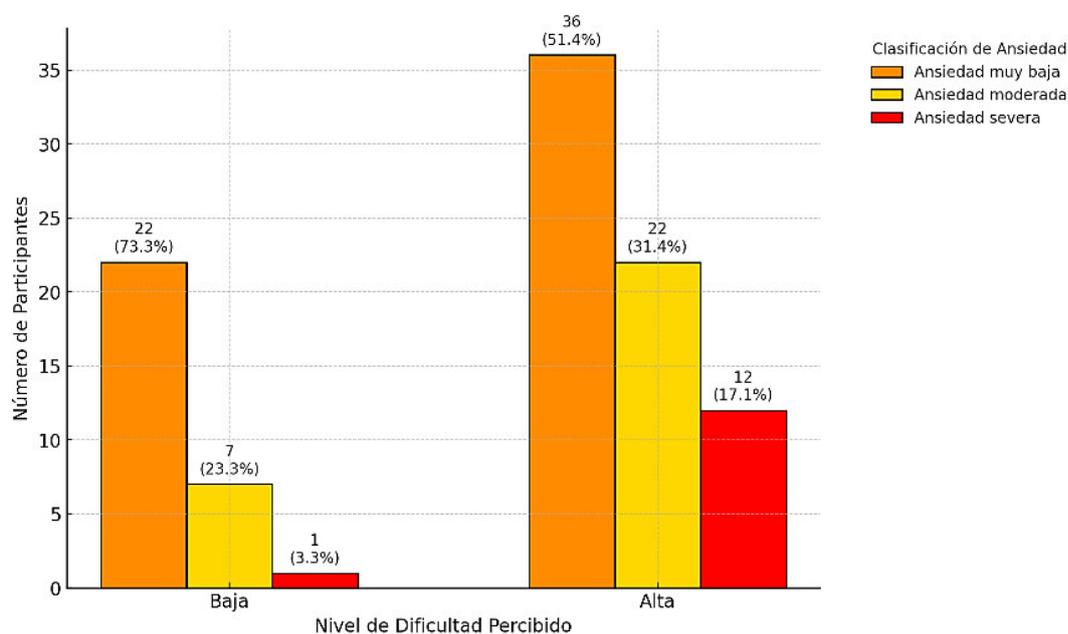
		CLASIFICACION DE ANSIEDAD			Total
		Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	
NIVEL DE DIFICULTAD PERCIBIDO	Baja	22	7	1	30
		% 73,3%	23,3%	3,3%	100,0%
	Alta	36	22	12	70
		% 51,4%	31,4%	17,1%	100,0%
Total		58	29	13	100
		% 58,0%	29,0%	13,0%	100,0%

$\chi^2= 5.292$ $p=.071$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad (muy baja, moderada, severa) según el nivel de dificultad percibido por los estudiantes, se observa que aquellos quienes perciben baja dificultad presentan mayor frecuencia de ansiedad muy baja (73.3%) frente a quienes perciben alta dificultad (51.4%). Por otro lado, quienes perciben alta dificultad presentan mayor prevalencia de ansiedad moderada y severa (31.4% y 17.1% respectivamente) en comparación con quienes perciben baja dificultad (23.3% y 3.3% respectivamente). Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=5.292$, $p=0.071$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de dificultad percibido y la clasificación de ansiedad ($p>0.05$).

Figura 13

Distribución del nivel de ansiedad según el nivel de dificultad percibido



Nota. En la figura, se observa que tanto el grupo de baja y alta dificultad percibido presentaron con mayor frecuencia ansiedad muy baja (73.3% y 51.4% respectivamente), luego ansiedad moderada (23,3% y 31.4% respectivamente), y por último, ansiedad severa (3.3% y 17.2% respectivamente).

Tabla 14

Distribución del nivel de ansiedad según el tiempo dedicado al estudio

		CLASIFICACION DE ANSIEDAD			
		Ansiiedad muy baja	Ansiiedad moderada	Ansiiedad severa	Total
TIEMPO DEDICADO AL ESTUDIO	Menos de 4 horas al día	31	13	9	53
		% 58,5%	24,5%	17,0%	100,0%
	Mas de 4 horas al día	27	16	4	47

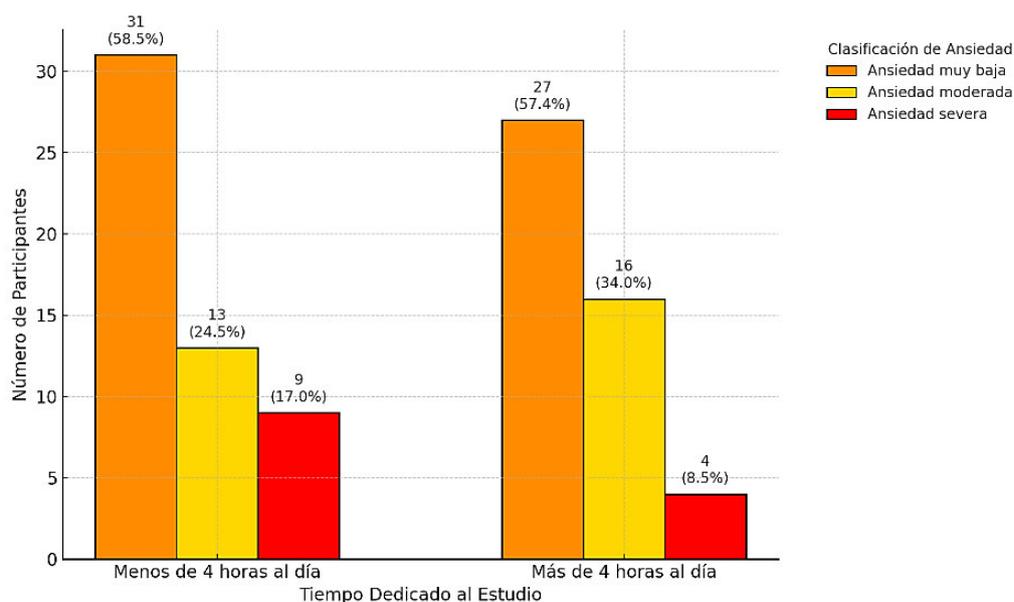
	horas al día	%	57,4%	34,0%	8,5%	100,0%
Total			58	29	13	100
		%	58,0%	29,0%	13,0%	100,0%

$$\chi^2 = 2.157 \quad p = .340$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad (muy baja, moderada, severa) según la satisfacción con la carrera, se observa que la ansiedad muy baja es similar entre quienes estudian menos de 4 horas al día (58.5%) y quienes estudian más de 4 horas al día (57.4%). En el grupo que dedica más de 4 horas al día, la ansiedad moderada también es más prevalente (34.0%) frente al grupo que dedica menos de 4 horas al día (24.5%), mientras que con respecto a la ansiedad severa el panorama se invierte, y siendo así más prevalente en el grupo que dedica menos de 4 horas al día (17.0%). Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=2.157$, $p=0.340$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo dedicado al estudio y la clasificación de ansiedad ($p>0.05$).

Figura 14

Distribución del nivel de ansiedad según la satisfacción con la carrera



Nota. En la figura, se observa que, en el grupo que dedica menos de 4 horas al día, existe una alta frecuencia de ansiedad muy baja (58.5%) luego ansiedad moderada (24.5%) y por último, ansiedad severa (17.0%). Mientras que, en el otro grupo, se evidencia una mayor prevalencia de ansiedad muy baja (57.4%), luego ansiedad moderada (34.0%) y por último, ansiedad severa (13.0%).

Tabla 15

Distribución del nivel de ansiedad según la satisfacción con la carrera

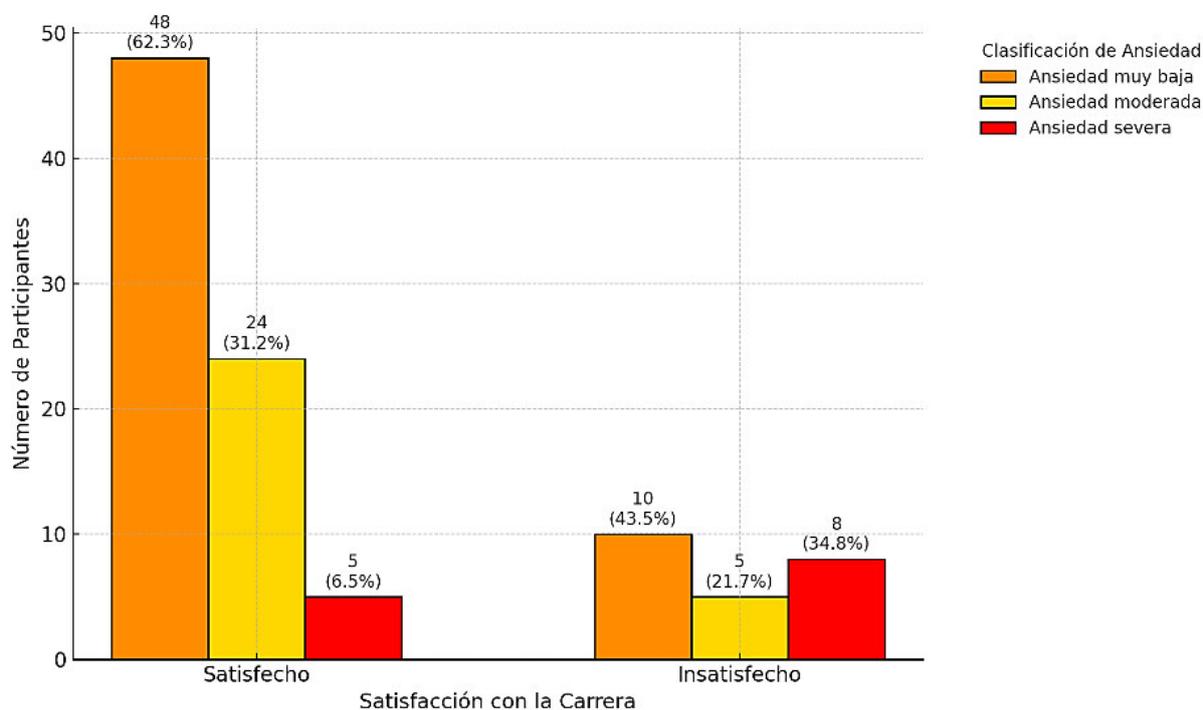
		CLASIFICACION DE ANSIEDAD			
		Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Total
SATISFACCION CON LA CARRERA	Satisfecho	48	24	5	77
		% 62,3%	31,2%	6,5%	100,0%
	Insatisfecho	10	5	8	23
		% 43,5%	21,7%	34,8%	100,0%
Total		58	29	13	100
		% 58,0%	29,0%	13,0%	100,0%

$$\chi^2= 12.531 \quad p=.002$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad (muy baja, moderada, severa) según la satisfacción con la carrera, se observa que la ansiedad muy baja es más prevalente en quienes están satisfechos (62.3%) en comparación con los insatisfechos (43.5%). Por otro lado, el grupo de satisfechos presenta mayor frecuencia de ansiedad moderada (31.2%) frente a los insatisfechos (21.7%). Mientras, con respecto a la ansiedad severa, se evidencia que es más prevalente en los insatisfechos (34.8%) comparado con los satisfechos (6.5%). Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2= 12.531$, $p = 0.002$), se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la carrera y la clasificación de ansiedad ($p < 0.05$).

Figura 15

Distribución del nivel de ansiedad según la satisfacción con la carrera



Nota. En la figura, se observa que, en el grupo de estudiantes satisfechos, existe una alta frecuencia de ansiedad muy baja (62.3%) luego ansiedad moderada (31.2%) y por último, ansiedad severa (6.5%). Mientras que en el otro grupo (insatisfechos), se evidencia una mayor prevalencia de ansiedad muy baja (43.5%), luego ansiedad severa (34.8%) y por último, ansiedad moderada (21.7%).

Tabla 16

Distribución del nivel de ansiedad según las horas de sueño

		CLASIFICACION DE ANSIEDAD			Total
		Ansiiedad muy baja	Ansiiedad moderada	Ansiiedad severa	
HORAS DE SUEÑO	Suficientes	14	4	1	19
		% 73,7%	21,1%	5,3%	100,0%

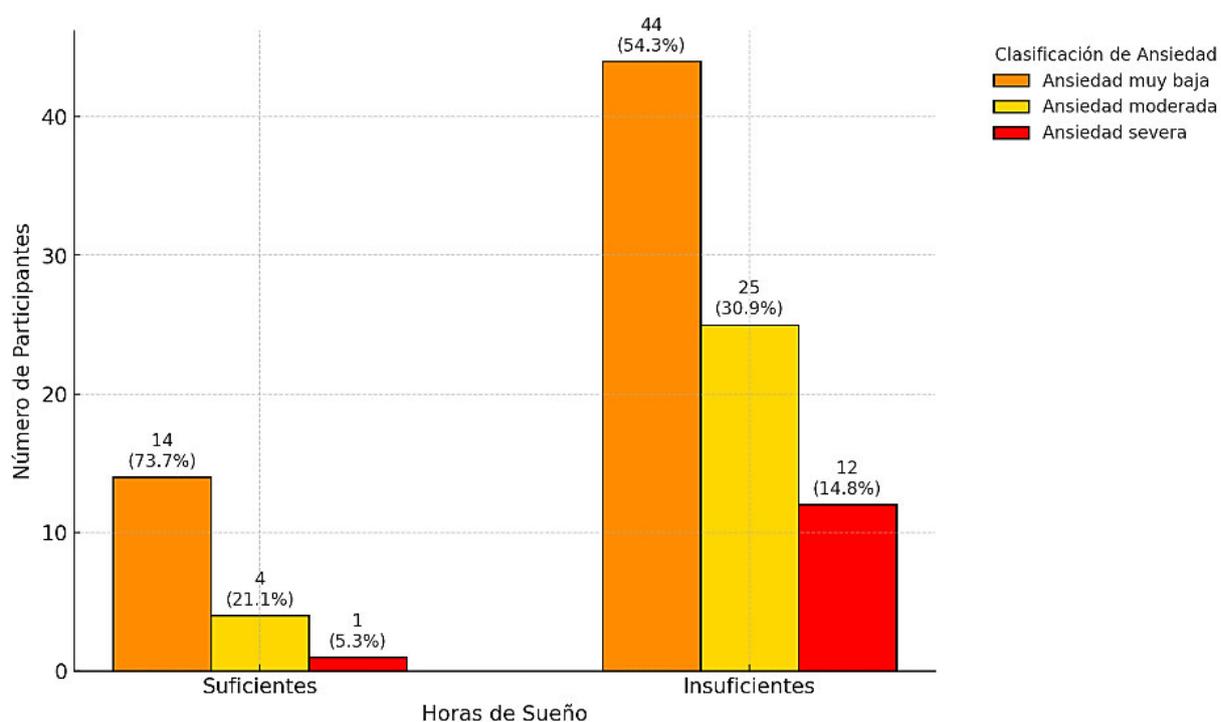
	Insuficientes			
	44	25	12	81
	% 54,3%	30,9%	14,8%	100,0%
Total	58	29	13	100
	% 58,0%	29,0%	13,0%	100,0%

$$\chi^2 = 2.586 \quad p = .274$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad (muy baja, moderada, severa) según las horas de sueño, se observa que la ansiedad muy baja es más prevalente en quienes tienen horas suficientes de sueño (73.7%) en comparación con quienes tienen horas insuficientes (54.3%). Por otro lado, quienes duermen menos horas presentan mayor ansiedad moderada (30.9%) frente a quienes tienen horas suficientes (21.1%) así como ansiedad severa (14.8% y 5.3% respectivamente). Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=2.586$, $p=0.274$), no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las horas de sueño y la clasificación de ansiedad ($p>0.05$).

Figura 16

Distribución del nivel de ansiedad según las horas de sueño



Nota. En la figura, se observa que tanto el grupo de horas de sueño suficientes e insuficientes presentaron con mayor frecuencia ansiedad muy baja (73.7% y 54.3% respectivamente), luego ansiedad moderada (21.1% y 30.9% respectivamente), y por último, ansiedad severa (5.3% y 14.8% respectivamente).

Tabla 17

Distribución del nivel de ansiedad según los hábitos alimenticios

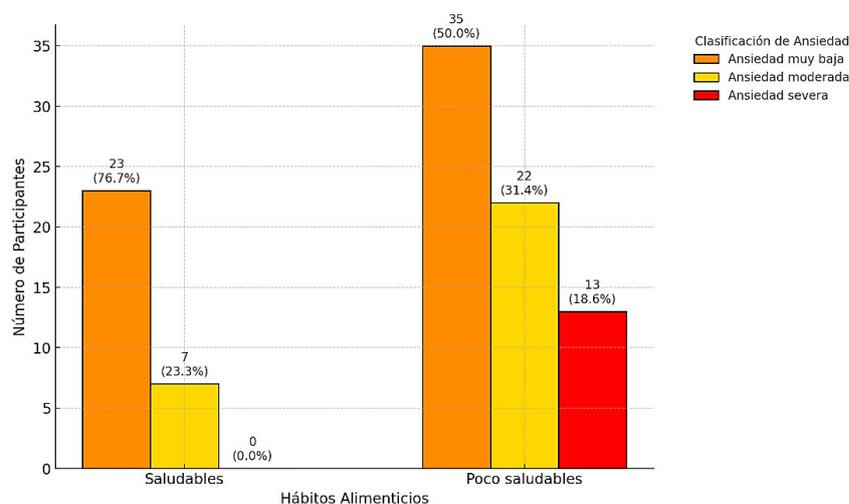
		CLASIFICACION DE ANSIEDAD			
		Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Total
HABITOS	Saludables	23	7	0	30
ALIMENTICIOS		% 76,7%	23,3%	0,0%	100,0%
	Poco saludables	35	22	13	70
		% 50,0%	31,4%	18,6%	100,0%
Total		58	29	13	100
		% 58,0%	29,0%	13,0%	100,0%

$\chi^2= 8.621$ $p=.013$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad (muy baja, moderada, severa) según los hábitos alimenticios, se observa que la ansiedad muy baja es más prevalente en quienes tienen hábitos saludables (76.7%) en comparación con quienes tienen hábitos poco saludables (50.0%). Por otro lado, quienes tienen hábitos poco saludables presentan mayor ansiedad moderada (31.4%) frente a quienes tienen hábitos saludables (23.3%) así como ansiedad severa (18.6% y 0.0% respectivamente). Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=8.621$, $p=0.013$), se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre los hábitos alimenticios y la clasificación de ansiedad ($p<0.05$).

Figura 17

Distribución del nivel de ansiedad según los hábitos alimenticios



Nota. En la figura, se observa que tanto el grupo de hábitos saludables y pocos saludables presentaron con mayor frecuencia ansiedad muy baja (76.7% y 50.0% respectivamente), luego ansiedad moderada (23.3% y 31.4% respectivamente), y por último, ansiedad severa solo el grupo de hábitos pocos saludables (18.6%).

Tabla 18

Distribución del nivel de ansiedad según los niveles de actividad física

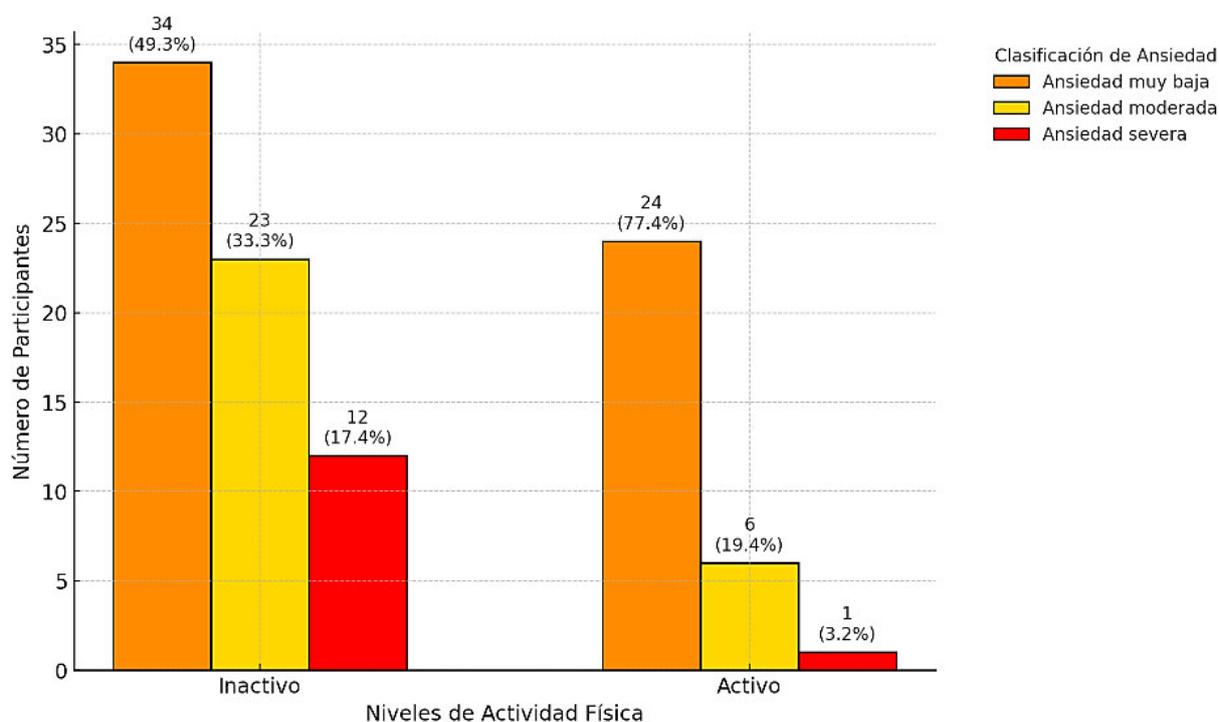
		CLASIFICACION DE ANSIEDAD			
		Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Total
NIVELES DE ACTIVIDAD FISICA	Inactivo	34	23	12	69
		% 49,3%	33,3%	17,4%	100,0%
	Activo	24	6	1	31
		% 77,4%	19,4%	3,2%	100,0%
Total		58	29	13	100
		% 58,0%	29,0%	13,0%	100,0%

$$\chi^2 = 7.664 \quad p = .022$$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad (muy baja, moderada, severa) según los niveles de actividad física, se observa que la ansiedad muy baja es más prevalente en personas activas (77.4%) en comparación con las inactivas (49.3%). Por otro lado, el grupo de inactivos presentan mayor ansiedad moderada (33.3%) frente a quienes son activos (19.4%) así como ansiedad severa (17.4% y 3.2% respectivamente). Según la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=7.664$, $p=0.022$), se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de actividad física y la clasificación de ansiedad ($p<0.05$).

Figura 18

Distribución del nivel de ansiedad según los niveles de actividad física



Nota. En la figura, se observa que tanto el grupo de inactivos y activos presentaron con mayor frecuencia ansiedad muy baja (49.3% y 77.4% respectivamente), luego ansiedad moderada (33.3% y 19.4% respectivamente), y por último, ansiedad severa (17.4% y 3.2% respectivamente).

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El vigente trabajo de investigación sobre factores asociados a la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de una universidad pública pone en evidencia la prevalencia de estos trastornos en esta población vulnerable así como su relación con factores sociodemográficos, académicos y de estilo de vida.

Con referente a los factores sociodemográficos, en el presente estudio la variable sexo no demostró asociación significativa con la ansiedad y depresión a pesar de evidenciarse que las mujeres reportaron niveles altos de ansiedad moderada y severa así como depresión moderada a diferencia de los hombres. Estudios internacionales como el de Caro et al. (2019) señalaron al sexo femenino como un factor asociado a la ansiedad en estudiantes de medicina en la Universidad de Antioquia. Asimismo, Gallego (2021) en Colombia reportó que el sexo femenino incrementa significativamente el riesgo de depresión, atribuible a diferencias hormonales y a roles sociales que cargan el sexo femenino. Mientras que, a nivel nacional, el estudio de Ayala (2022) también encontró que el género femenino estaba significativamente asociado con mayores niveles de depresión en internos de medicina, lo cual subraya la necesidad de implementar estrategias específicas de apoyo para las mujeres en el ámbito universitario, especialmente en carreras altamente demandantes como la medicina.

La edad solo demostró asociación significativa con la depresión, a pesar de que se evidencia que los alumnos menores de 25 años mostraron mayores niveles de ansiedad moderada en comparación con sus pares mayores. El estudio de Villagómez et al. (2023) en Ecuador, observó que los estudiantes de años iniciales de la carrera eran los más afectados por la ansiedad y la depresión. De manera similar, Ninaquispe (2022) reportó que la edad estaba significativamente asociada con la ansiedad en estudiantes de medicina peruanos durante la pandemia de COVID-19. Esto es consistente con la revisión bibliográfica que sostiene que los estudiantes más jóvenes enfrentan mayores desafíos al adaptarse a las demandas académicas y

sociales del ambiente universitario. (Yang et al., 2022)

En cuanto a la carga familiar, esta demostró tener asociación estadísticamente significativa solo con los niveles de depresión. El estudio de Sandoval et al. (2021), identificaron que una mayor carga familiar y académica está vinculada a mayores niveles de ansiedad, estrés y depresión. Mientras que la falta de tiempo para actividades recreativas y de autocuidado también podría estar contribuyendo a estos resultados, lo que sugiere la importancia de implementar programas de manejo del tiempo y apoyo psicoemocional.

Con referente a los factores académicos, el nivel de dificultad percibido no demostró tener asociación con la depresión y la ansiedad. No obstante, los estudiantes que perciben alta dificultad académica en el presente estudio mostraron una mayor prevalencia de ansiedad moderada y severa. Estudios como el de Caro et al. (2019) encontraron una relación significativa entre la percepción de alta dificultad académica y la depresión en estudiantes colombianos, un hallazgo respaldado por los estudios nacionales de Sandoval et al. (2021), quienes identificaron que una mayor carga académica está vinculada a mayores niveles de ansiedad, estrés y depresión. Este resultado coincide con investigaciones previas que destacan la carga académica como un factor estresante significativo. (Sánchez et al., 2021)

El tiempo dedicado al estudio no mostró una asociación significativa con los niveles de ansiedad y depresión, lo cual difiere de Villagómez et al. (2021), quienes señalaron que dedicar más de seis horas diarias al estudio incrementa el riesgo de depresión.

Por otro lado, otros estudios sugieren que el exceso de horas de estudio se correlaciona con mayores niveles de estrés. (Fitzgerald, 2021)

Una posible explicación podría ser que los estudiantes han desarrollado estrategias adaptativas para manejar su tiempo de estudio, aunque esto requiere más investigación.

La satisfacción con la carrera mostró una asociación significativa solo con los niveles de ansiedad. Los estudiantes insatisfechos presentaron mayores niveles de ansiedad severa, lo

cual refuerza la importancia de alinear las expectativas académicas y profesionales con las experiencias reales de los estudiantes. Esto se puede respaldar por el estudio de Ayala (2022) en Perú, donde se evidencia que la insatisfacción con la carrera estuvo asociada con mayores niveles de malestar emocional. De esta forma, esto también resalta la necesidad de ofrecer orientación vocacional y apoyo continuo durante la formación.

Con referente a los factores de estilo de vida, se recalca que los hábitos alimenticios y el nivel de actividad física emergieron como determinantes significativos relacionados a la ansiedad. Los estudiantes con hábitos alimenticios poco saludables mostraron una mayor prevalencia de ansiedad severa, lo que coincide con estudios que vinculan una dieta desequilibrada con un mayor riesgo de trastornos emocionales. (Mikkilä et al., 2004)

Por otro lado, los estudiantes activos físicamente presentaron menores niveles de ansiedad severa, destacando el papel protector del ejercicio en la salud mental. (Sharma et al., 2006)

En cuanto a las horas de sueño, aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa, los estudiantes con horas insuficientes reportaron mayores niveles de ansiedad y depresión. Este hallazgo está alineado con investigaciones que vinculan la privación del sueño con alteraciones emocionales. (Gallicchio y Kalesan, 2009)

El impacto que pretende este trabajo de investigación a parte del aporte al entendimiento científico es subrayar la urgencia de tomar medidas preventivas y correctivas en los ámbitos educativo y de salud referente a este tema. Así mismo, contribuir a la sensibilización sobre la salud mental en el entorno universitario, rompiendo el estigma asociado con buscar ayuda psicológica. Por otro lado, este estudio pretende servir como base para campañas informativas dirigidas a estudiantes, profesores y familiares, promoviendo una visión más empática y comprensiva sobre la ansiedad y depresión.

Aunque este estudio proporciona información importante sobre la situación de la salud

mental en próximos profesionales de la salud, también presenta algunas limitaciones. El tipo de diseño (transversal) imposibilita determinar relaciones causales entre los niveles de depresión y ansiedad y sus factores asociados. Además, el uso de encuestas autoadministradas podría estar sujeto a sesgos de deseabilidad social. Futuros estudios podrían considerar diseños longitudinales y métodos más objetivos para medir las variables de interés.

VI. CONCLUSIONES

- Existen factores asociados a la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de una universidad pública de Lima-Perú, 2024.
- Las variables edad y carga familiar fueron los factores sociodemográficos asociados a la depresión en estudiantes de medicina.
- No se encontraron factores académicos asociados a la depresión en estudiantes de medicina.
- No se encontraron factores de estilo de vida asociados a la depresión en estudiantes de medicina.
- No se encontraron factores sociodemográficos asociados a la ansiedad en estudiantes de medicina.
- La variable satisfacción con la carrera fue el factor académico asociado a la ansiedad en estudiantes de medicina.
- Las variables hábitos alimenticios y niveles de actividad física fueron los factores de estilo de vida asociados a la ansiedad en estudiantes de medicina.

VII. RECOMENDACIONES

- Implementar programas psicoemocionales en las universidades, incluyendo talleres sobre manejo del estrés y estrategias para enfrentar la ansiedad y la depresión en estudiantes de medicina.
- Diseñar campañas educativas para fomentar una alimentación equilibrada, actividad física regular y patrones de sueño adecuados en los estudiantes.
- Habilitar espacios en los campus universitarios donde los estudiantes puedan relajarse, socializar y participar en actividades recreativas que reduzcan el estrés.
- Establecer un sistema continuo de orientación vocacional para asegurar que los estudiantes de medicina mantengan congruencia entre sus expectativas y su experiencia académica.
- Integrar evaluaciones de salud mental como parte de los chequeos médicos regulares para estudiantes universitarios, permitiendo la detección temprana de síntomas de ansiedad y depresión.
- Realizar estudios longitudinales que permitan observar la evolución de los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina a lo largo de su carrera, lo que facilitaría la identificación de patrones causales.
- Combinar enfoques cuantitativos y cualitativos en futuros estudios para comprender no solo la prevalencia de los trastornos emocionales, sino también las experiencias y percepciones subyacentes de los estudiantes.

VIII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Auerbach, P., Mortier, P. y Bruffaerts, R. (2016). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 184-194. <https://doi.org/10.1037/abn0000099>
- Ayala, A. (2022). *Factores asociados a la depresión, ansiedad y estrés en internos de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/54e345e5-698f-40da-bdf2-d6c334686d37>
- Balluerka, N., Aliri, J., Goñi-Balentziaga, O. y Gorostiaga, A. (2023). Association between bullying victimization, anxiety and depression in childhood and adolescence: The mediating effect of self-esteem. *Revista de Psicodidactica*, 28(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2022.10.001>
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. Psychological Corporation. <https://www.nctsn.org/measures/beck-depression-inventory-second-edition>
- Beck, T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Caro, Y., Trujillo, S. y Trujillo, N. (2019). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. *Psychologia*, 13(1), 41-52. <https://doi.org/10.21500/19002386.3726>
- Castañeda, J., López, G., y Fernández, S. (2020). Prevalencia de trastornos de ansiedad y

depresión en estudiantes de medicina de universidades latinoamericanas: un estudio sistemático. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52(3), 225-234.

<https://doi.org/10.14349/rpsp.2020.52.3.6>

Castillo, F., Ramos, J. C. y Pérez, L. (2020). Prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios en Perú: Un estudio de corte transversal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(1), 74-80.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4964>

Colegio Médico del Perú (2021). *Código de ética del Colegio Médico del Perú*.

https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2021/05/Codigo_de_Etica_2021.pdf

Dyrbye, L., Thomas, M. y Shanafelt, T. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students.

Academic Medicine, 81(6), 454-461.

<https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000229613.81995.5f>

Fitzgerald, M. (2021). Managing stress and mental health in medical students: An updated review of interventions. *Medical Education*, 55(9), 1050-1062.

<https://doi.org/10.1111/medu.14461>

Gallego, M. (2021). *Prevalencia de depresión y factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Caldas*. [Tesis de maestría, Universidad de Caldas]. Repositorio Institucional UCALDAS.

<https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/16499>

Gallicchio, L. y Kalesan, B. (2009). Sleep duration and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 18(2), 148-158.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00729.x>

Gómez, R., Silva, M. y Martínez, A. (2021). Prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de América Latina: un análisis multidimensional. *Salud Mental*, 44(5),

247-256. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.34>

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293-319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>

International Federation of Medical Students Associations (2020). *Mental Health of Medical Students: Global Perspectives*. <https://ifmsa.org/mental-health-in-medical-students>

Lobos, M., Chacón, E., Gómez, N. y Calito, A. (2023). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en una muestra de estudiantes universitarios de nuevo ingreso. *Veritas y Research*, 5(1), 28-37. <https://revistas.pucesa.edu.ec/ojs/index.php?journal=VR&page=article&op=view&path%5B%5D=132>

López, A., Araya, R. y Lira, L. (2013). Adaptación y validación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para la población peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 561-568. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.304.264>

Marmolejo, H. y Rivera, E. (2022). *Factores asociados con síntomas de depresión y ansiedad entre los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo-2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional UNCP. <https://repositorio.uncp.edu.pe>

Mikkilä, V., Räsänen, L., Raitakari, O. T., Pietinen, P. y Viikari, J. (2004). Consuming vegetables and fruit reduces the risk of coronary heart disease in Finnish children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80(5), 1034-1041. <https://doi.org/10.1093/ajcn/80.5.1034>

Misra, R. y McKean, M. (2000). College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *American Journal of Health Studies*, 16(1), 41-51.

https://www.researchgate.net/publication/209835950_College_students'academic_stress_and_its_relation_to_their_anxiety_time_management_and_leisure_satisfaction

Ninaquispe, A. (2022). *Factores asociados a las alteraciones en la salud mental de los estudiantes de Medicina durante la pandemia COVID-19 en el año 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Santa]. Repositorio Institucional UNS. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4119>

Oblitas, N., y Zambrano, F. (2022). *Trastornos emocionales en los estudiantes de medicina de IV, V y VI año de la Universidad de San Martín de Porres Filial Norte durante la pandemia 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4119>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Mental health and substance use in university students: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240066995>

Pasato, G. y Urgiles, G. (2021). *Prevalencia de depresión, ansiedad, estrés y factores asociados en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca en el año 2020-2021*. [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional UCUENCA. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36778>

Pinto, A., Gutiérrez, M. y Ramos, E. (2022). Estrategias para la prevención y manejo de la ansiedad y depresión en estudiantes universitarios en América Latina: revisión y recomendaciones. *Revista de Psicología de la Salud*, 24(2), 133-145. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.01.004>

Radcliffe, C. y Lester, H. (2021). Psychological distress and depression in medical students: A review of the literature. *Medical Teacher*, 43(8), 907-914. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1896463>

Regehr, G., Glancy, D. y Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in medical students: A

review of the literature. *Medical Education*, 47(3), 223-234.

<https://doi.org/10.1111/medu.12052>

Sánchez, M., Delgado, J. y Montoya, J. (2021). Trastornos de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: un estudio de prevalencia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 69(4), 292-299.

<https://doi.org/10.15381/rfm.v69i4.24537>

Sandoval, K., Morote, P., Moreno, M. y Taype, A. (2021). Depresión, estrés y ansiedad en estudiantes de Medicina humana de Ayacucho (Perú) en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(1), 77-84.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.005>

Secundino, J., Sosa, M., Lagarza, A., Joanico, B. y Salgado, M. (2023). Prevalencia de ansiedad, depresión y redes de apoyo social en pacientes con VIH/SIDA: estudio transversal. *Atención Familiar*, 25(1), 12-18.

<https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.187138>

Sharma, A., Madaan, V. y Petty, F. (2006). Exercise for mental health. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 8(2), 106-111.

<https://doi.org/10.4088/PCC.v08n0208>

Slavin, S., Schindler, D. y Shapiro, M. (2021). Anxiety and depression in medical students: A review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 178(9), 890-897.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.20071121>

Tello, C., Calderón, E. y Alvarado, L. (2022). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Lima, Perú. *Revista de Psicología y Salud Mental*, 18(3), 180-188. <https://doi.org/10.26345/rpsm.2022.183.002>

Villagómez, A., Cepeda, T. y Torres, P. (2023). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina en la educación virtual durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica*

del Instituto Mexicano del Seguro Social, 61(5), 559-566.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8316418>

Yang, L., Lin, D. y Zhang, R. (2022). The mental health status of medical students in China:

A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 299(1), 1-9.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.053>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024? <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores sociodemográficos 	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024 <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores sociodemográficos 	<p>Hipótesis General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los factores planteados en la investigación estarán asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024. <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los factores 	<p>Variable dependiente</p> <p>Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina</p> <p>Variable independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores sociodemográficos: edad, sexo y carga familiar • Factores académicos: nivel de dificultad percibido, tiempo 	<p>Tipo y diseño de investigación</p> <p>Enfoque cuantitativo, observacional, correlacional y de corte transversal.</p> <p>Población de estudio:</p> <p>Estudiantes de medicina</p>

<p>ficos asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores académicos asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico 	<p>ficos asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores académicos asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico 	<p>sociodemográficos planteados en la investigación estarán asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los factores académicos planteados en la investigación estarán asociados a 	<p>dedicado al estudio y satisfacción con la carrera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de estilo de vida: Horas de sueño, hábitos alimenticios, y nivel de actividad física 	<p>humana de 6to año de la UNFV, 2024</p> <p>Tamaño de muestra: 120 sujetos</p> <p>Técnicas de recolección de datos Encuesta</p> <p>Instrumento de recolección Cuestionario</p> <p>Análisis de</p>
---	---	---	--	--

<p>Villarreal de Lima-Perú, 2024?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores de estilo de vida asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024? 	<p>Villarreal de Lima-Perú, 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores de estilo de vida asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024 	<p>depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los factores de estilo de vida planteados en la investigación estarán asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad 		<p>resultado</p> <p>s</p> <p>Frecuencias absolutas, frecuencias relativas, promedio, valor p.</p>
---	--	---	--	--

		Nacional Federico Villarreal de Lima-Perú, 2024.		
--	--	--	--	--

Anexo B. Operacionalización de variables

Tipo de Variable	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Escala/Método de Medición
Dependiente	Ansiedad	Estado emocional caracterizado por sensaciones de temor, aprensión y tensión.	Puntaje total en la escala GAD-7, que mide la intensidad de los síntomas ansiosos.	- Ansiedad muy baja (0–21) - Ansiedad moderada (22–35) - Ansiedad severa (36 o más)	GAD-7 (Escala de ansiedad generalizada)
	Depresión	Estado emocional caracterizado por tristeza profunda, pérdida de interés y alteraciones en el estado físico.	Puntaje total en la escala BDI-II, que mide la intensidad de los síntomas depresivos.	- Depresión mínima (0–13) - Depresión leve (14–19) - Depresión moderada (20–28) - Depresión severa (29 o más)	BDI-II (Escala de depresión de Beck)
Independiente	Edad	Edad cronológica del estudiante.	Edad del participante en años.	- Menor de 25 años - 25 años o más	Dicotómica (medida por encuestas)

	Sexo	Identidad de género del participante.	Sexo del participante.	-Masculino - Femenino	Dicotómica (medida por encuestas)
	Carga Familiar	Responsabilidad de cuidado de hijos o familiares dependientes.	Responsabilidad familiar adicional.	- Con responsabilidades familiares adicionales - Sin responsabilidades familiares adicionales	Dicotómica (medida por encuestas)
	Nivel de Dificultad Percibido	Percepción del estudiante sobre la dificultad de su carga académica.	Nivel de dificultad percibido en el curso o semestre por el estudiante.	- Alta (altamente desafiante) - Baja (manejable o baja dificultad)	Dicotómica (medida por encuestas)
	Tiempo dedicado al estudio	Cantidad de horas invertidas por el estudiante en actividades académicas.	Tiempo promedio dedicado al estudio por día.	- Más de 4 horas al día - Menos de 4 horas al día	Dicotómica (medida por encuestas)

	Satisfacción con la carrera	Grado de satisfacción del estudiante con su carrera académica.	Satisfacción reportada por el estudiante con su elección de carrera.	-Satisfecho con la carrera - Insatisfecho con la carrera	Dicotómica (medida por encuestas)
	Horas de sueño	Cantidad de horas de descanso nocturno que el estudiante obtiene en promedio.	Horas de sueño promedio por noche reportadas por el estudiante.	- Suficientes (\geq 7 horas por noche) - Insuficientes ($<$ 7 horas por noche)	Dicotómica (medida por encuestas)
	Hábitos alimenticios	Patrón alimentario del estudiante, específicamente en relación con salud.	Frecuencia y calidad de la dieta del estudiante (comida rápida, procesada, frutas, etc.).	-Poco saludables (comida rápida/altamente procesada $>$ 3 veces por semana, o saltarse comidas) - Saludables (frutas, verduras,	Dicotómica (medida por encuestas)

				proteínas > 3 veces por semana)	
	Nivel de actividad física	Frecuencia de actividad física o ejercicio realizado por el estudiante.	Tiempo promedio dedicado a actividad física semanal.	- Activo (≥ 150 minutos de actividad física por semana) - Inactivo ($<$ 150 minutos de actividad física por semana)	Dicotómica (medida por encuestas)

Anexo C. Consentimiento informado

Hola, mi nombre es Nathaly Roseanne Méndez Sánchez, interna de medicina humana en la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV). Estoy llevando a cabo el estudio titulado “Factores asociados a depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Perú, 2024”, y me encantaría contar con tu apoyo como participante.

El propósito de este estudio es analizar los factores que pueden estar relacionados con la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina, para contribuir al bienestar y la salud mental de nuestra comunidad estudiantil. Tu participación consiste en responder algunas preguntas de manera completamente confidencial.

Quiero que sepas que:

- Tu participación es voluntaria, y puedes decidir no continuar en cualquier momento, sin ninguna repercusión.
- Toda la información que brindes será tratada de forma confidencial y anónima, y se usará únicamente con fines de investigación

Si estás de acuerdo, agradeceré mucho tu participación

Participantes

Nombre:

DNI:

Investigador

Nombre:

DNI:

Anexo D. Instrumento

**CUESTIONARIO: FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO
VILLARREAL DE LIMA-PERÚ, 2024**

I. Factores Asociados:

Tipo de Factor	Variable	Categorías
Factores Sociodemográficos	Edad	- Menor de 25 años
		- 25 años o más
	Sexo	- Masculino
		- Femenino
Carga Familiar	- Con responsabilidades familiares adicionales, como cuidado de hijos o familiares dependientes	
	- Sin responsabilidades familiares adicionales	
Factores Académicos	Nivel de Dificultad Percibido	- Alta (considera el curso o año como altamente desafiante)
		- Baja (considera el curso o año como manejable o de baja dificultad)
	Tiempo dedicado al estudio	- Más de 4 horas al día
		- Menos de 4 horas al día
Satisfacción con la carrera	- Satisfecho con la carrera	
	- Insatisfecho con la carrera	
Factores de Estilo de Vida	Horas de sueño	- Suficientes (≥ 7 horas por noche)
		- Insuficientes (< 7 horas por noche)

	Hábitos alimenticios	- Poco saludables (comida rápida o altamente procesada más de 3 veces por semana, o saltarse comidas)
		- Saludables (consumo regular de frutas, verduras y proteínas, más de 3 veces por semana)
	Nivel de actividad física	- Activo (\geq 150 minutos de actividad física por semana)
		- Inactivo ($<$ 150 minutos de actividad física por semana)

II. Escala de Ansiedad de Beck

Ítem	Síntoma	No me ha sucedido en absoluto (0)	Levemente, no me molesta mucho (1)	Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo (2)	Severamente, casi no podía soportarlo (3)
1	Torpe o entumecido	[]	[]	[]	[]
2	Acalorado	[]	[]	[]	[]
3	Con temblor en las piernas	[]	[]	[]	[]
4	Incapaz de relajarse	[]	[]	[]	[]

5	Con temor a que ocurra lo peor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mareado, o que se me va la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Inestable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Atemorizado o asustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Con sensación de bloqueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Con temblores en las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Inquieto, inseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Con miedo a perder el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Con sensación de ahogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Con temor a morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Con miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Con problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19	Con desvanecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Con rubor facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Con sudores, fríos o calientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Ítem	0	1	2	3
1. Tristeza	No me siento triste.	Me siento triste gran parte del tiempo.	Me siento triste todo el tiempo.	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo	No estoy desalentado respecto de mi futuro.	Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.	No espero que las cosas funcionen para mí.	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. Fracaso	No me siento como un fracasado.	He fracasado más de lo que hubiera debido.	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.	Siento que como persona soy un fracaso total.
4. Pérdida de Placer	Obtengo tanto placer como	No disfruto tanto de las	Obtengo muy poco placer de	No puedo obtener ningún

	siempre por las cosas de las que disfruto.	cosas como solía hacerlo.	las cosas que solía disfrutar.	placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de Culpa	No me siento particularmente culpable.	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de Castigo	No siento que esté siendo castigado.	Siento que tal vez pueda ser castigado.	Espero ser castigado.	Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo	Siento acerca de mí lo mismo que siempre.	He perdido la confianza en mí mismo.	Estoy decepcionado conmigo mismo.	No me gusto a mí mismo.
8. Autocrítica	No me critico ni me culpo más de lo habitual.	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.	Me critico a mí mismo por todos mis errores.	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas	No tengo ningún pensamiento de matarme.	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	Querría matarme.	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto	No lloro más de lo que solía hacerlo.	Lloro más de lo que solía hacerlo.	Lloro por cualquier pequeñez.	Siento ganas de llorar, pero no puedo.
11. Agitación	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.	Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. Pérdida de Interés	No he perdido el interés en otras actividades o personas.	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización	No siento que yo no sea valioso.	No me considero a mí mismo tan valioso y útil	Me siento menos valioso cuando me	Siento que no valgo nada.

		como solía considerarme.	comparo con otros.	
15. Pérdida de Energía	Tengo tanta energía como siempre.	Tengo menos energía que la que solía tener.	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los Hábitos de Sueño	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	1A. Duermo un poco más que lo habitual.	2A. Duermo un poco menos que lo habitual.	3A. Duermo mucho más que lo habitual.
		1B. Duermo mucho menos que lo habitual.	2B. Duermo la mayor parte del día.	3B. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
17. Irritabilidad	No estoy tan irritable que lo habitual.	Estoy más irritable que lo habitual.	Estoy mucho más irritable que lo habitual.	Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el Apetito (a)	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	Mi apetito es mucho menor que antes.
18. Cambios en el Apetito (b)		Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.	No tengo apetito en absoluto.	Quiero comer todo el día.

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