



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

RESILIENCIA ASOCIADA AL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN
INTERNOS DE MEDICINA DEL PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN,
LIMA, 2024

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Coronado Flores, Sárith Cristina

Asesora:

Alba Rodríguez, María Esther

ORCID: 0000-0001-6912-7593

Jurado:

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Méndez Campos, Julia Honorata

Méndez Campos, María Adelaida

Lima - Perú

2024



Resiliencia asociada al nivel de ansiedad, depresión y estrés en internos de medicina del primer y tercer nivel de atención, Lima, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	prezi.com Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
6	psiquiatria.com Fuente de Internet	1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

RESILIENCIA ASOCIADA AL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN
INTERNOS DE MEDICINA DEL PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, LIMA,

2024

Línea de investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Coronado Flores, Sáritth Cristina

Asesora:

Alba Rodriguez, Maria Esther

(ORCID: 0000-0001-6912-7593)

Jurados:

Lopez Gabriel, Wilfredo Gerardo

Mendez Campos, Julia Honorata

Mendez Campos, Maria Adelaida

Lima -Perú

2024

Dedicatoria

Dedico en primer lugar a Dios por guiarme en todo momento. A mis padres por su apoyo incondicional. A mi familia por su apoyo. A mis amigos de la universidad y cointernos por su amistad, y apoyo en momentos difíciles. A todas las personas que Dios puso en mi camino y apoyaron en mi proceso para lograr este sueño.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por la fuerza que me ha brindado para persistir, no rendirme y lograr culminar esta meta. A mi mamá Melvi y papá Wilmar por todo el apoyo incondicional y sacrificio que han hecho para poder apoyarme en todo momento, y alcanzar este sueño.

ÍNDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
I. INTRODUCCION	12
1.1 Descripción y formulación del problema.....	13
1.1.1 <i>Descripción del problema</i>	13
1.1.2 <i>Formulación del problema general</i>	14
1.1.3 <i>Formulación de problemas específicos</i>	14
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 <i>Antecedentes internacionales</i>	15
1.2.2 <i>Antecedentes nacionales</i>	17
1.3 Objetivos	20
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	20
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	20
1.4 Justificación	21
1.5 Hipótesis.....	22
1.5.1 <i>Hipótesis alterna</i>	22
1.5.2 <i>Hipótesis nula</i>	22
II. MARCO TEÓRICO	23
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	23
2.1.1 <i>Depresión</i>	23
2.1.2 <i>Ansiedad</i>	27
2.1.3 <i>Estrés</i>	28
2.1.4 <i>Resiliencia</i>	29
2.1.5 <i>Internado médico</i>	30

2.1.6	<i>Niveles de atención de salud</i>	31
III.	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	33
3.1	Tipo de investigación	33
3.2	Ámbito temporal y espacial	33
3.3	Delimitación.....	33
3.4	Variables	33
3.5	Población y muestra	34
3.5.1	<i>Población</i>	34
3.5.2	<i>Criterios de inclusión</i>	34
3.5.3	<i>Criterios de exclusión</i>	34
3.5.4	<i>Muestra</i>	34
3.6	Instrumentos.....	35
3.6.1	<i>DASS 21</i>	35
3.6.2	<i>Escala de Resiliencia 14 Ítems (Er-14)</i>	36
3.7	Procedimientos.....	36
3.8	Análisis de datos	37
3.9	Consideraciones éticas	37
IV.	RESULTADOS	39
4.1	Resultados de ansiedad del primer nivel.....	45
4.2	Resultados de depresión del primer nivel	50
4.3	Resultados de estrés del primer nivel.....	56
4.4	Resultados de ansiedad del tercer nivel	60
4.5	Resultados de depresión del tercer nivel.....	62
4.6	Resultados de estrés del tercer nivel	64

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	67
VI. CONCLUSIONES	72
VII. RECOMENDACIONES	74
VIII. REFERENCIAS	75
IX. ANEXOS	84
ANEXO A. Matriz de Consistencia	84
ANEXO B. Operacionalización de variables.....	87
ANEXO C. Escala DASS-21	89
ANEXO D. Escala de resiliencia de 14 ítems (ER-14).....	90
ANEXO E: Consentimiento Informado	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable edad</i>	39
Tabla 2. <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable sexo</i>	40
Tabla 3. <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable establecimiento de salud</i> . 41	
Tabla 4. <i>Relación entre resiliencia y ansiedad en el primer nivel</i>	45
Tabla 5. <i>Análisis estadístico de tabla de contingencia de ansiedad y resiliencia, primer nivel</i>	46
Tabla 6. <i>Ajuste de relación resiliencia-ansiedad en el primer nivel</i>	47
Tabla 7. <i>Ajuste de análisis para tabla de contingencia de ansiedad y resiliencia, primer nivel</i>	49
Tabla 8. <i>Relación entre resiliencia y depresión en el primer nivel</i>	50
Tabla 9. <i>Análisis estadístico de tabla de contingencia de depresión y resiliencia, primer nivel</i>	52
Tabla 10. <i>Ajuste de relación resiliencia-depresión en el primer nivel</i>	53
Tabla 11. <i>Ajuste de análisis para tabla de contingencia de depresión y resiliencia, primer nivel</i>	55
Tabla 12. <i>Relación entre resiliencia y estrés en el primer nivel</i>	56
Tabla 13. <i>Ajuste de relación resiliencia-estrés en el primer nivel</i>	58
Tabla 14. <i>Ajuste de análisis para tabla de contingencia de estrés y resiliencia, primer nivel</i>	59
Tabla 15. <i>Relación entre resiliencia y ansiedad en el tercer nivel</i>	60
Tabla 16. <i>Análisis estadístico de tabla de contingencia de ansiedad y resiliencia, tercer nivel</i>	61
Tabla 17. <i>Relación entre resiliencia y depresión en el tercer nivel</i>	62
Tabla 18. <i>Análisis estadístico de tabla de contingencia de depresión y resiliencia, tercer nivel</i>	63

Tabla 19. <i>Relación entre resiliencia y estrés en el tercer nivel</i>	64
Tabla 20. <i>Análisis estadístico de tabla de contingencia de estrés y resiliencia, tercer</i>	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Distribución de edades de participantes</i>	40
Figura 2. <i>Distribución de edades de participantes</i>	41
Figura 3. <i>Distribución de edades de participantes</i>	42
Figura 4. <i>Recuento de edad por establecimiento de salud</i>	43
Figura 5. <i>Recuento de sexo por establecimiento de salud</i>	44
Figura 6. <i>Niveles de ansiedad según la resiliencia en el primer nivel</i>	46
Figura 7. <i>Ajuste de conteo de nivel de ansiedad y resiliencia en el primer nivel</i>	48
Figura 8. <i>Niveles de depresión según la resiliencia en el primer nivel</i>	51
Figura 9. <i>Ajuste de conteo de nivel de depresión y resiliencia en el primer nivel</i>	54
Figura 10. <i>Niveles de estrés según la resiliencia en el primer nivel</i>	56
Figura 11. <i>Ajuste de conteo de nivel de estrés y resiliencia en el primer nivel</i>	58
Figura 12. <i>Niveles de ansiedad según la resiliencia en el tercer nivel</i>	61
Figura 13. <i>Niveles de depresión según la resiliencia en el tercer nivel</i>	63
Figura 14. <i>Niveles de estrés según la resiliencia en el tercer nivel</i>	65

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre el grado de resiliencia y el nivel de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina del último año que trabajan en el primer y tercer nivel de atención. **Método:** La investigación siguió un enfoque analítico, no experimental, con un diseño prospectivo y transversal. La muestra incluyó a un grupo de 90 estudiantes de medicina del último año a quienes se les aplicó la escala DASS- 21, que evalúa las variables depresión, ansiedad y estrés; además se aplicó la escala RS-14, para medir el nivel de resiliencia. **Resultados:** Se analizaron 90 encuestas válidas con una distribución de género de 55 (61.1%) mujeres y 35(38.9%) varones. Las encuestas fueron divididas en primer (41,1%) y tercer nivel (58,9%), 37 y 53 alumnos, respectivamente. No se encontró asociación entre el nivel de resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión, y estrés, en estudiantes del primer nivel de atención ($p=0.0941$, $p=0.1097$, $p=0.2431$, respectivamente). No obstante, se identificó una asociación entre el nivel de resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión y estrés, valores de p de 0.0002^{***} , 0.0227^* , 0.0030^{**} , respectivamente. **Conclusiones:** Existe una asociación entre el grado de resiliencia y las calificaciones de ansiedad, depresión, y estrés, en estudiantes de medicina del último año que laboran en el tercer nivel de la región Lima. Se recomienda cuidar estos factores psicológicos en los internos de medicina.

Palabras clave: ansiedad, depresión, estrés, resiliencia, internos de medicina.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between the degree of resilience and the level of stress, anxiety and depression in final year medical students working at the first and third level of care.

Method: The research followed an analytical, non-experimental approach, with a prospective and cross-sectional design. The sample included a group of 90 final-year medical students who were administered the DASS-21 scale, which evaluates the variables depression, anxiety and stress; in addition, the RS-14 scale was applied to measure the level of resilience. **Results:** 90 valid surveys were analyzed with a gender distribution of 55 (61.1%) females and 35 (38.9%) males. The surveys were divided into first (41.1%) and third level (58.9%), 37 and 53 students, respectively. No association was found between the level of resilience and the levels of anxiety, depression, and stress, in students of the first level of care ($p=0.0941$, $p=0.1097$, $p=0.2431$, respectively). However, an association was identified between the level of resilience and levels of anxiety, depression, and stress, p -values of 0.0002^{***} , 0.0227^* , 0.0030^{**} , respectively.

Conclusions: There is an association between the degree of resilience and the ratings of anxiety, depression, and stress, in final year medical students working in the third level of the Lima region. It is recommended to take care of these psychological factors in medical interns.

Key words: anxiety, depression, stress, resilience, medical interns.

I. INTRODUCCION

El internado médico representa la fase final en la formación del estudiante de medicina, en la cual no solo aplica los conceptos teóricos aprendido a lo largo de 6 años, sino que trabaja como personal de salud, involucrándose en el cuidado y seguimiento de los pacientes, brindan soporte emocional en muchas ocasiones. A menudo, los internos trabajan en condiciones no adecuadas, con carga laboral excesiva, reflejando una alta prevalencia de trastorno depresivo, alcanzando un 70%. Evidenciando la falta de aplicación de normativas que regulen este proceso (Quispe, 2022).

En todo el mundo, la depresión impacta al 3,8% de la población total, afectando alrededor del 5% de los individuos mayores de veinte años y al 5,7% de la población adulta mayor de sesenta años, lo que representa un total cercano a 280 millones de individuos. Además, se calcula que aproximadamente 301 millones de individuos sufren de trastornos de ansiedad, de los cuales 58 millones corresponden a niños y adolescentes. Es relevante señalar que cuatro de cada diez adultos a nivel mundial experimentan niveles elevados de estrés (Maza y Carrión, 2023). Entre los efectos de sufrir algún problema de salud mental se incluye el aislamiento social, el uso de sustancias nocivas como el tabaco, el alcohol y las drogas, reducción de la productividad, disminución de habilidades cognitivas, dificultades para establecer o mantener vínculos interpersonales, y, en situaciones graves, el peligro de suicidio.

La resiliencia se vincula con los mecanismos de adaptación que una persona emplea para preservar su salud mental. Se manifiesta a través del optimismo frente a la adversidad, lo que permite que la persona reconozca sus propias capacidades, y aborde situaciones inesperadas de manera efectiva manteniendo su bienestar y calidad de vida (Werner, 1989).

Y funciona como factor predictivo de los niveles de ansiedad, depresión, y estrés, lo que sugiere que un aumento en su nivel podría contribuir a proteger la salud mental. Por consiguiente, este estudio tuvo como propósito principal analizar la relación entre el grado de

resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión, estrés en estudiantes de medicina del último año, que realizan sus prácticas preprofesionales en el primer nivel de atención en comparación con el tercer nivel de atención en Lima 2024, con el propósito de promover programas o capacitaciones que puedan apoyar al interno en esta última etapa de su carrera como médico general.

1.1 Descripción y formulación del problema

1.1.1 Descripción del problema

El estudiante de medicina desde antes de su ingreso a la universidad se enfrenta a muchos factores estresantes y cuando ingresa, se suma la carga académica pesada, exámenes frecuentes, miedo al fracaso, adaptación al nuevo entorno, que pueden llevar a un alto grado de ansiedad y depresión (Archana y Palani, 2022). A lo largo de los años va aprendiendo a adaptarse, sin embargo, al llegar al último año en la que deben realizar el internado médico, no solo aplican sus conocimientos, sino que cumplen el rol de un trabajador de salud, con sobrecarga laboral, guardias, la presión por aprobar el examen Nacional de Medicina, y en algunos casos otros factores como la inestabilidad familiar, social; puede llevar a una mala adaptación, experimentando niveles altos de ansiedad, depresión y estrés. Se realizó una investigación en la ciudad de Arequipa-Perú, sobre el nivel de depresión y la actitud hacia la muerte, revelando que solo el 10.47% de internos mostraron actitud positiva, mientras que el 89.53% mostró actitud negativa, (Villazante, 2021). En otro estudio realizado en la ciudad de Lima sobre factores asociados a conducta suicida, se encontró que solo el 16% de los estudiantes que intentaron suicidarse, buscaron ayuda profesional, y el 21% consideró repetir el intento (Perales et al.,2019). No obstante, hay investigaciones que sugieren que los estudiantes resilientes pueden afrontar mejor estos desafíos en su salud mental.

Por ello la finalidad de esta investigación es identificar la relación entre la resiliencia y el nivel de estrés, ansiedad y depresión, en estudiantes de medicina del último año que realizan

sus prácticas preprofesionales en el primer como del tercer nivel. Esto se realiza con la finalidad de llevar a cabo un tamizaje y ayudar a identificar de manera temprana posibles problemas de salud mental dentro de este grupo de personas para que puedan diseñarse programas o capacitaciones sobre como el interno pueda sobrellevar las adversidades, y hacer un seguimiento durante el internado, con la finalidad que luego esto pueda extrapolarse a todo el personal de salud.

1.1.2 Formulación del problema general

- ¿Cuál es la correlación entre el grado de resiliencia y el nivel de estrés, ansiedad, y depresión en estudiantes de medicina del último año que realizan sus prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en Lima 2024?

1.1.3 Formulación de problemas específicos

- ¿Cuál es el grado de resiliencia en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024?

- ¿Cuál es el grado de depresión en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024?

- ¿Cuál es el grado de ansiedad en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024?

- ¿Cuál es el grado de estrés en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes internacionales

Kumar et al. (2019) en su tesis titulada “Depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes de medicina del último año”, se propuso identificar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en los estudiantes de medicina en su último año, tanto en universidades públicas como privadas, Se utilizó un enfoque observacional con una muestra de 312 estudiantes, a los cuales se les administró la Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión-21 (DASS-21). Se observó que los estudiantes de universidades privadas presentaron una puntuación promedio más alta de ansiedad y estrés, por otro lado, la depresión era más prevalente entre los estudiantes de universidades públicas. Se descubrió que el 57,6% de los estudiantes experimentaba depresión de moderada a extremadamente grave, el 74% sufría de ansiedad de moderada a extremadamente grave y el 57,7% padecía estrés en un grado de moderado a extremadamente grave. Las razones frecuentes del aumento de estrés y ansiedad incluyen la presión por aprobar exámenes, el desafío de cumplir con las expectativas familiares, el miedo a entrar en el mundo real de la medicina y la insatisfacción con gestión administrativa. El autor concluye que existe una alta incidencia de trastornos psicológicos, como ansiedad, estrés y depresión, entre los estudiantes de medicina de Pakistán, destacando la necesidad de abordar eficazmente los factores que predisponen a los estudiantes a estos trastornos.

Van der Walt et al. (2019) realizaron una investigación denominada “La carga de depresión y la ansiedad entre los estudiantes de medicina en Sudáfrica: una encuesta transversal en la Universidad de Ciudad del Cabo”. Con el objetivo de identificar las tasas de depresión y ansiedad entre estudiantes de medicina, así como analizar las asociaciones con diferentes variables sociodemográficas como el sexo biológico, la identidad de género, los ingresos familiares, la etnia y el estado clínicos versus preclínico de los estudiantes. La metodología empleada consistió en un diseño transversal, donde se aplicó un cuestionario que incluyó

preguntas sobre datos sociodemográficos básicos, el Cuestionario de Salud del Paciente-9 y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. La muestra incluyó 473 estudiantes, de los cuales 333 eran mujeres y 140 hombres. Los hallazgos revelaron que el 36,4% presentó trastorno depresivo mayor y el 45,9% trastorno de ansiedad. El sexo femenino tuvo mayor diagnóstico de depresión (índice de prevalencia (RP) 3,7; $p < 0,001$) como de ansiedad (RP 4,7; $p < 0,001$). Mientras que ninguna de las otras características sociodemográficas mostró asociaciones significativas. Se concluyó que 1 de 4 estudiantes con diagnóstico de depresión/ansiedad, estaba tomando medicamentos psicotrópicos. El sexo femenino presenta un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión y trastornos de ansiedad. Este estudio recomienda que los esfuerzos multidisciplinarios deben fortalecer el bienestar mental y la cultura institucional en torno a la salud mental, con la finalidad de ayudar a generar resiliencia en la próxima generación de profesionales de la salud en Sudáfrica antes de trabajar en un sistema de salud y educación sanitaria sobrecargado.

Maroto (2022) se propuso investigar si la resiliencia puede predecir el impacto adverso causado por el COVID-19, en términos de depresión, ansiedad y estrés en médicos de atención primaria. Además, analizó qué factores resilientes explican las variaciones en estas variables, así como qué variables de control son también tienen poder predictivo. Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo, utilizando un diseño de investigación ex post facto no experimental con un solo grupo. Participaron 268 médicos que trabajan en atención primaria, un grupo particularmente afectado por la pandemia. A los participantes se les aplicaron un cuestionario sociodemográfico, la escala de resiliencia en una versión reducida de 36 ítems SV-RES, y la Escala DASS 21, que valora la depresión, ansiedad y estrés. Los resultados mostraron una asociación negativa, entre la resiliencia y la depresión (22,2%), ansiedad (8,3%) y estrés (12,3%), siendo los factores de metas e identidad contribuyendo de manera significativa a explicar las distintas variaciones. Además, dentro de las variables control, la toma de

psicofármacos, el género (excepto para la variable depresión) y la elección de buscar ayuda psicológica emergieron como factores predictivos de las diferentes variables. Este estudio concluyó la importancia de fomentar la resiliencia entre los médicos de atención primaria, como medida para reducir sus niveles de depresión, ansiedad y estrés.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Ccapa (2020) llevó a cabo un estudio con el propósito de reconocer si hay alguna asociación entre resiliencia y salud mental en internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el año 2020. El enfoque adoptado fue descriptivo, correlacional, prospectivo y de corte transversal. Se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young junto con el Cuestionario de Salud Mental General de Goldberg en un grupo de 105 internos. Finalmente, se utilizó un formulario de recopilación de información para investigar la edad, el género y el tipo de familia. Los hallazgos indican que el grado de resiliencia es moderado y que el estado de salud mental es satisfactorio, ya que el 97,1% no fueron identificados como posibles casos. En conclusión, se encontró una relación estadísticamente relevante entre la resiliencia y la salud mental de los internos. No obstante, la edad, el género y la estructura familiar no exhibieron una conexión estadísticamente significativa con la resiliencia y el estado de salud mental.

Escobar y Landa (2021) realizaron un estudio con el objetivo de establecer si la presencia de estrés moderado o severo está vinculada a ser internos de medicina u otras carreras de la salud durante la pandemia de COVID-19. La metodología empleada fue de naturaleza transversal y analítica, donde se realizó una encuesta virtual a estudiantes de medicina y otras carreras de la salud en Perú durante el año 2020, centrándose en los internos de medicina. Se evaluaron el estrés, la depresión y la ansiedad utilizando el cuestionario DASS-21 (Alpha: 0,94) y se relacionaron con otras variables socioeducativas. Entre los 1523 encuestados, el análisis multivariado reveló una correlación estadísticamente significativa entre ser interno de una

carrera de la salud y experimentar niveles más altos de estrés (Coeficiente: 9,90; IC95%: 1,19-51,4; valor $p=0,006$). Se observaron niveles más bajos de estrés moderado o severo en todos los años previos al internado (todos los valores $p<0,031$), así como un aumento en los niveles de estrés entre las mujeres (valores $p<0,027$) y aquellos que estudiaban en universidades privadas (valores $p<0,010$). En resumen, los estudiantes de medicina manifestaron niveles más elevados de estrés, ansiedad y depresión en comparación con estudiantes de otras disciplinas de la salud. Entre los internos de medicina, aquellos que pertenecían a universidades privadas experimentaron niveles de estrés más altos que los de universidades nacionales. Además, se observó una mayor incidencia de estrés moderado a severo entre las mujeres.

Villalobos et al. (2021) efectuaron un trabajo con la finalidad de identificar la relación entre la variable resiliencia y síntomas depresivos en internos de medicina del Perú. Este estudio de tipo transversal se realizó en 202 internos de medicina de 4 hospitales de Lima, a quienes se les aplicó 2 escalas, para resiliencia (de Wagnild y Young abreviada) y para depresión (Escala de Zung). Los hallazgos revelaron que el promedio de resiliencia fue de $78,01 \pm 11,59$, con un predominio del 87,1% ($n = 176$) de alta resiliencia y una prevalencia del 42,6% ($n = 86$) de síntomas depresivos. Se observó una relación inversamente proporcional entre niveles elevados de resiliencia y la ausencia de síntomas depresivos (OR 13,75; IC 95% 3,9-47,6; $p < 0,05$). La conclusión alcanzada fue que los internos que tenían niveles más altos de resiliencia mostraban menos síntomas de depresión. Los factores asociados con una mayor resiliencia incluyeron la interacción con amigos y el grado de satisfacción con el ambiente laboral y las relaciones interpersonales.

Sandoval et al. (2021) realizaron un trabajo con el propósito de evaluar la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de Medicina Humana de Ayacucho (Perú) durante la pandemia de COVID -19, identificar los factores vinculados y analizar los cambios en los hábitos. La metodología usada fue de tipo transversal, en la que se encuestó a 284 alumnos

mediante con la escala virtual DASS-21. Se observó que los índices de depresión, ansiedad y estrés (al menos moderadas) fueron del 24,3, el 28,5 y el 13,0% respectivamente. Se identificaron factores que se relacionaron con una mayor ansiedad, como tener menos años de estudio, ser de religión católica y sufrir de alguna enfermedad crónica; por otro lado, la variable de menor edad estuvo más frecuentemente asociada con el estrés. Se reportó que durante la pandemia COVID 19, la actividad física se redujo, mientras que el uso de internet y redes sociales, las horas de sueño, el tiempo frente a una pantalla, el consumo de alimentos y el peso corporal aumentaron. En conclusión, a pesar de estos cambios en los hábitos durante la pandemia, se registraron frecuencias menores de depresión, ansiedad y estrés en comparación con investigaciones previas en estudiantes de ciencias de la salud. La ansiedad mostró una mayor frecuencia en aquellos con menor nivel educativo, afiliación al catolicismo y enfermedades crónicas, mientras que el estrés estuvo vinculado con una edad menor.

Cabezudo (2023) en su tesis titulada "Relación entre resiliencia y sintomatología de ansiedad, depresión y estrés agudo en internos de medicina de la universidad privada San Juan Bautista – Ica 2023", se propuso identificar la relación entre el grado de resiliencia y la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés en los internos de Medicina. La metodología usada fue de tipo analítico, transversal y prospectivo donde se investigó a 86 internos de Medicina Humana utilizando encuestas validadas como el BRS y el DASS 21, además de una ficha de recolección de datos. Los hallazgos revelan que el 79,1% presentó ansiedad, 67,4% presentó depresión y el 65.1% presentó estrés agudo y resiliencia normal un 54,7%. Se determinó una relación significativamente estadística entre el grado de resiliencia con el estrés agudo ($p=0,036$), ansiedad ($p=0,018$) y depresión ($p=0,008$). En conclusión, se halló una relación significativa entre el nivel de resiliencia y la presencia de sintomatología psiquiátrica de ansiedad, estrés agudo y depresión en la población estudiada. En su mayoría presentaban síntomas de leves a moderados, así como un grado de resiliencia normal.

Chávez et al. (2023) realizaron un estudio con el propósito de identificar si hay diferencia significativa de los niveles de ansiedad, depresión y estrés en el primer y tercer nivel de atención en la ciudad de Arequipa en el año 2023. Este estudio adoptó un enfoque metodológico descriptivo - analítico, sin intervención, prospectivo de corte transversal. La muestra, integrado por 140 internos de medicina seleccionados de manera no aleatoria, a quienes se les administró un cuestionario virtual utilizando la escala del DASS-21. Los hallazgos indicaron que el 46,4 % de los internos de medicina presentaron ansiedad; siendo un 51,7 % en el tercer nivel de atención, y 42,7 % en el primer nivel. Respecto a la depresión 47,9 % presentó este trastorno, con un 41,4 % en el tercer nivel y un 52,4 % en el primer nivel. En cuanto al estrés, el 37,1 % de los internos lo experimentaron, con un 43,1 % en el tercer nivel y un 32,9 % en el primer nivel. En conclusión, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) al comparar los niveles de ansiedad, depresión y estrés entre los internos de Medicina Humana que realizan sus prácticas en el primer nivel de atención y aquellos en el tercer nivel de atención.

1.3 Objetivos

1.3.1 *Objetivo general*

- Determinar la relación entre el grado de resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024.

1.3.2 *Objetivos específicos*

- Determinar el grado de resiliencia en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024.

- Determinar el nivel de depresión en estudiantes de medicina del último año que

realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024

- Determinar el nivel de ansiedad en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024

- Determinar el nivel de estrés en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024

1.4 Justificación

Los trastornos de salud mental representan un desafío significativo para la salud pública en nuestro país. Se informa que en el año 2021 se registraron un total de 1,368,950 casos atendidos de trastornos de salud mental, mientras que, en el 2022, la cifra aumentó a 1,631,940 en 2022, lo que representa un incremento del 19.21%. En el primer trimestre de 2023, se han tratado 434,731 casos. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2023). Los trastornos más frecuentes detectadas abarcan la depresión, ansiedad, las respuestas al estrés agudo, el síndrome de maltrato y la psicosis, lo que sugiere una alta frecuencia de estas afecciones dentro de las consultas atendidas.

Este estudio permitirá identificar la relación entre la resiliencia y los niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de medicina del último año que realizan sus prácticas preprofesionales en el primer y tercer nivel de atención, siendo muy importante este análisis para identificar las necesidades, y poder incentivar a la búsqueda de apoyo de un especialista para que puedan ayudarlos. Asimismo, se cree programas de acompañamiento para los internos y pueda extrapolarse a todo el personal de salud.

1.5 Hipótesis

1.5.1 *Hipótesis alterna*

Se encuentra diferencia significativa entre el grado de resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión, estrés entre los estudiantes de medicina del último año que desempeñan sus funciones en el primer y tercer nivel de atención.

1.5.2 *Hipótesis nula*

No se encuentra diferencia significativa entre el grado de resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión, estrés entre los estudiantes de medicina del último año que desempeñan sus funciones en el primer y tercer nivel de atención.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 *Depresión*

Es un trastorno mental marcado por sensación de tristeza persistente y falta de interés en actividades que anteriormente se disfrutaban junto con dificultades para realizar las tareas diarias, por un período de dos semanas como mínimo. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

2.1.1.1. Epidemiología: A nivel global, aproximadamente el 3,8% de la población sufre de depresión, lo que incluye al 5% de los adultos (4%: hombres y 6%: mujeres), y al 5,7% de los adultos mayores de 60 años, según la Organización mundial de la salud. Cerca de 280 millones de individuos padecen de este trastorno, siendo un 50% más prevalente en mujeres que en hombres. Cada año, más de 700,000 personas fallecen por suicidio, colocándolo como la cuarta causa principal de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

En el Perú, el Ministerio de salud atendió 280 917 casos de depresión en el año 2023. Del número total de atenciones, el 75,5 % involucró a mujeres, mientras que el 16,5 % correspondió a menores de edad (Ministerio de Salud [MINSAL], 2024).

2.1.1.2. Etiología: La depresión tiene origen multicausal, cuyos factores son:

A. Factores biológicos: La depresión se distingue por una reducción en la sensibilidad de los receptores postsinápticos, específicamente de los receptores adrenérgicos beta y 5-hidroxitripyamina tipo 2 (5-HTA). La reducción tanto de serotonina y sus metabolitos están relacionados con los síntomas depresivos. Además, la inclinación hacia el suicidio en individuos con depresión se ha asociado con una reducción en los niveles de 5-HT_{2A} en el líquido cefalorraquídeo. (Ghanshyam et al., 2002).

B. Factores genéticos: Los parientes de individuos con trastorno bipolar presentan una alta incidencia de trastorno bipolar (9,3% en comparación con 1% de la población general), ciclotimia (3%) y depresión mayor (14,3% en comparación con 5.9% de la población general). Además, existe una fuerte correlación entre la predisposición al trastorno bipolar y dos secuencias de ácido desoxirribonucleico (ADN) localizadas en el cromosoma 11, que se corresponden con el oncogén celular Has-ras-1 del locus insulínico. Se sugiere que este gen podría ser compartido por el trastorno bipolar tipo I y II, la depresión mayor y el trastorno esquizoafectivo. (Wu, y otros, 2021).

C. Factores psicosociales: La incidencia de depresión varía según el nivel socioeconómico presentando tasas más elevadas tanto en estratos socioeconómicos altos como bajos. Según el enfoque de desigualdad de género, se observa que las mujeres tienen mayor tendencia a sufrir depresión, en comparación con los hombres. (Trejo, B. y Trejo, J., 2009).

2.1.1.3. Clasificación: Según la DSM-V:

a. ***Depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor):*** Es la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin evidencia previa de manía o hipomanía.

b. ***Trastorno depresivo persistente (distimia):*** Se refiere a los pacientes que experimentan una forma crónica de depresión mayor unipolar que persiste durante al menos dos años.

c. ***Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.***

d. ***Trastorno disfórico premenstrual:*** Se trata de síntomas emocionales y conductuales que se presentan de manera recurrente durante la semana previa al inicio de la menstruación y remiten con el inicio de la menstruación o unos días después, afectando algún aspecto de la vida del paciente.

e. ***Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos:*** Esta manifestación se manifiesta cuando se experimenta un cambio en el estado de ánimo durante o

poco después del consumo de sustancias con fines recreativos o la administración de medicamentos prescritos.

f. Trastorno depresivo debido a otra condición médica: Este trastorno del estado de ánimo se define por la presencia persistente de un estado de ánimo deprimido o irritable, o la falta de interés o placer en la mayoría de las actividades, asociado con una condición médica específica.

g. Otro trastorno depresivo especificado (p. ej., depresión menor): Se refiere al estado de ánimo deprimido acompañado de uno a tres síntomas más de depresión mayor, con una duración mínima de dos semanas y que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo.

h. Trastorno depresivo no especificado: Síntomas depresivos que generan angustia significativa o afectan el funcionamiento psicosocial, pero que no cumplen con todos los criterios para un trastorno depresivo específico (Lyness, 2022).

2.1.1.4. Manifestaciones clínicas: Incapacidad para experimentar placer, sentimientos prolongados de tristeza y ansiedad, sentimientos de desesperanza, pensamientos pesimistas, estado de ánimo irritable, malestar emocional, agotamiento, falta de energía, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, alteraciones en el apetito, cefalea, molestias abdominales y trastornos digestivos sin una causa orgánica evidente.

2.1.1.5. Diagnóstico: Según la DSM-V:

A. Se necesita 5 o más de los siguientes síntomas presentes de manera continua durante un período de dos semanas, que denoten un cambio en el funcionamiento normal; al menos uno de estos síntomas debe ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer. (American Psychiatric Association, 2014).

NOTA: se excluye síntomas que puedan ser atribuidos a otra condición médica.

1) La persona experimenta un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi

todos los días, como se informa subjetivamente o se observa por otros.

2) Interés o disfrute en todas o casi todas las actividades se encuentra muy reducido la mayor parte del día, casi todos los días (como lo reportado subjetivamente u observado).

3) Disminución de peso cuando no se hace dieta o aumento de peso (p. ej., más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4) Experimentar insomnio o hipersomnio casi a diario

5) Manifestar agitación o retraso psicomotor casi todos los días

6) Sentir fatiga o falta de energía casi constantemente.

7) Experimentar sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (pueden ser delirantes) casi a diario.

8) Experimentar una disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, o tener dificultad para tomar decisiones, casi a diario (ya sea por el relato subjetivo del individuo o por observaciones externas).

9) Pensamientos repetidos sobre la muerte, ideación suicida persistente sin un plan detallado, o intentos previos de suicidio o la formulación de un plan específico para llevar a cabo el acto suicida.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio depresivo no puede ser causado directamente por los efectos fisiológicos de una sustancia o por otra condición médica.

D. La presencia de un episodio depresivo mayor no puede ser atribuida de manera más adecuada al trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otros trastornos dentro del espectro de esquizofrenia especificada y no especificada, ni a otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

NOTA: Excepto si todos los episodios maníacos o hipomaníacos son provocados por consumo de sustancias o por efectos fisiológicos de otra condición médica. (DSM V - 2013).

2.1.2 Ansiedad

Es la expectativa de un peligro próximo, surgiendo de la anticipación de estímulos potencialmente perjudiciales, lo que resulta sentimientos de inquietud, preocupación, agitación e hipervigilancia (Carballo et al., 2019).

Los cambios fisiológicos que acompañan la sensación de temor preparan al cuerpo para enfrentar la situación de peligro o escapar de ella incluyendo aumento del ritmo cardiaco, respiración acelerada, hipertensión y tensión muscular (Hernández et al., 2020).

2.1.2.1. Epidemiología: En el presente, alrededor del 4% de la población global experimenta algún tipo de trastorno de ansiedad. En el año 2019, esta condición afectaba a 301 millones de individuos en todo el mundo. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

2.1.2.2. Etiología: Factores biológicos, cognitivos y de desarrollo.

A. Factores biológicos

- Genética: Las alteraciones en los subtipos del gen de la descarboxilasa del ácido glutámico pueden aumentar la predisposición al trastorno de ansiedad generalizada. El aumento de la frecuencia del genotipo SS de la región polimórfica ligada al gen transportador de serotonina en individuos con TAG (You, Hu., Chen, & Zhang, 2005).

- Neuroimagen y metabolismo cerebral: Se ha observado alteraciones en la morfología cerebral, específicamente en el volumen de la sustancia blanca, en individuos con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (Moon y Jeong, 2015).

B. Factores cognitivos y de desarrollo.

- Procesamiento de información emocional: Muestran una tendencia persistente hacia la formulación de interpretaciones negativas de estímulos ambiguos. Además, muestran una mayor atención hacia estímulos amenazantes, siendo capaces de identificar rápidamente

situaciones percibidas como “amenazas”, especialmente cuando estas se presentan en forma verbal o lingüística, en lugar de formatos pictóricos (Goodwin et al. 2017).

2.1.2.3. Clasificación: Según la DSM-V:

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de pánico con o sin agorafobia
- Agorafobia sin antecedente de trastorno de pánico
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo

2.1.2.4. Manifestaciones clínicas: Evitación (evita actividades académicas y sociales), síntomas somáticos (dolores de cabeza, mareos, preocupación, náuseas o vómitos, dolor en el pecho, dificultad para respirar, dolores de estómago, urgencia intestinal y vesical, entumecimiento y hormigueo en los dedos de las manos o de los pies debido a la hiperventilación o presentaciones dramáticas de dolor), problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño o despertarse en mitad de la noche) y problemas alimentarios (comer de forma insuficiente debido al miedo al proceso de comer o tragar o comer en exceso para hacer frente a la ansiedad). (Bennett y Walkup, 2022).

2.1.3 Estrés

Es el estado de preocupación o tensión mental provocado situaciones difíciles. Todos los individuos experimentamos algún nivel de estrés, dado que es una reacción natural ante amenazas y otros estímulos. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

2.1.3.1. Epidemiología: Según Instituto Nacional de Salud Mental, el 52,2% de los habitantes de Lima Metropolitana experimentan niveles de estrés, que van desde moderados hasta severos, siendo principalmente atribuidos a la pandemia de COVID-19 y las consecuentes

dificultades de salud, económicas o familiares que esta acarreó. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2021).

2.1.3.2. Eustrés: Es el momento en el que el cuerpo logra aceptar el desafío que se le presenta, reaccionando de manera apropiada y manteniéndose dentro de los límites normales de funcionamiento, tanto físico como psicológico, sin causar daño al individuo, lo cual es siempre necesario para promover progreso o desarrollo. (Hjemdal et al., 2007).

Produce la energía requerida para iniciar acciones que contribuyan al progreso y desarrollo personal; esta energía es generada por el cuerpo en respuesta a los factores estresantes, pero puede ser capaz de consumir en su totalidad sin provocar daño alguno (Olmedo y Cabezas, 2021).

2.1.3.3. Distrés: El organismo no puede utilizar toda la energía generada por los factores estresantes, para resolver los problemas pendientes. Como resultado, no puede gestionarlos de manera efectiva, y la persona se ve obligada a buscar métodos de liberación, que, en muchos casos, no se eligen con un alto nivel de conciencia, a menos que cuenten con una orientación adecuada. Esto se debe en gran parte a la combinación negativa de altos niveles de estrés crónico y bajos niveles de satisfacción personal (Paula, 2005).

2.1.4 Resiliencia

La palabra "resiliencia" proviene del verbo latino *resilire*, o "saltar hacia atrás". Se define en el Oxford English Dictionary como "*ser capaz de resistir o recuperarse rápidamente de condiciones difíciles*" (Hu et al., 2015).

En el campo de la psicología, es la capacidad de un individuo para adaptarse ante condiciones y situaciones adversas. Es una habilidad característica o una habilidad adquirida (Muñoz y De Pedro, 2005; Archana y Palani, 2022).

2.1.4.1. Hipótesis de la resiliencia del ego: Reduce los síntomas psicológicos en todos los niveles del trauma experimentado. Funciona como un mecanismo de resistencia al estrés.

Fortalece la capacidad del individuo para recuperarse de experiencias emocionales negativas y se adapta con flexibilidad a eventos estresantes, lo cual es esencial para el bienestar y la satisfacción con la vida del individuo (Hasanin et al., 2022).

Ser capaz de mostrar resiliencia no solamente asiste los individuos a enfrentar el estrés, sino que también reduce el impacto de la exposición a acontecimientos traumáticos de la vida en la salud mental negativa. La resiliencia puede afectar muchos factores, como la salud mental, la capacidad para afrontar situaciones estresantes (Hu, Zhang, & Wang, 2015).

2.1.4.2. Orientaciones: Incluye el rasgo, resultado y proceso:

A. *Rasgo:* La resiliencia es un rasgo personal que capacita a las personas para enfrentar la adversidad y alcanzar una adaptación y desarrollo satisfactorios. Los investigadores que respaldan esta perspectiva consideran la resiliencia como una característica de la personalidad que actúa como escudo protector contra los efectos de la adversidad o eventos traumáticos (Connor y Davidson, 2003; Ong et al., 2006).

B. *Resultado:* La resiliencia como función conductual, puede fortalecer y facilitar la recuperación de los individuos frente a la adversidad (Harvey y Delfabbro, 2004; Masten, 2001).

C. *Proceso:* La resiliencia se ve como un proceso en constante evolución en el que las personas se adaptan de manera activa y se recuperan prontamente de las adversidades más importantes. (Fergus y Zimmerman, 2005; Luthar et al., 2000).

2.1.5 *Internado médico*

En el contexto peruano, el internado médico se describe como un periodo prácticas preprofesionales realizadas por los estudiantes de medicina durante su último año de formación, siguiendo el enfoque de docencia en servicio. Esta modalidad permite que los internos participen de manera activa en la supervisión y atención de los pacientes asignados, con el

objetivo de obtener experiencias significativas en la identificación de riesgos, implementación de acciones preventivas, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las principales condiciones de salud. (Nieto-Gutierrez, et al., 2014).

Es el inicio de la práctica clínica en la trayectoria médica, donde el interno se encuentra inmerso en el entorno hospitalario y colabora estrechamente con otros profesionales de la salud. Durante este periodo, el interno se desenvuelve aplicando los conocimientos y habilidades obtenidos a lo largo de los 6 años previos, mediante de las rotaciones correspondientes, desempeñando un papel esencial en la atención y relación con los pacientes. (Loayza, 2022)

2.1.5.1. Internado médico en Tercer nivel de atención: Antes del brote de la pandemia, los estudiantes de medicina del último año, llevaba su internado médico exclusivamente en Hospitales, con una duración de 365 días que comenzaba el primero de enero de cada año. Durante este periodo los internos rotaban por los servicios de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. (Hernandez, 2023)

2.1.5.2. Internado médico en Primer nivel de atención: Durante la pandemia de COVID-19, con la finalidad de priorizar la salud del interno de medicina, se implementó su rotación en el primer nivel de atención Para fortalecer sus habilidades médicas mediante la utilización del enfoque clínico centrado en el individuo, la familia y la comunidad.(Asociación Peruana de Facultades de Medicina [ASPEFAM], 2021).

2.1.6 Niveles de atención de salud

2.1.6.1. Primer nivel: Es el más próximo a la población, comprende instalaciones de baja complejidad como postas médicas y centros de salud equipados con consultorios de atención básica. Aquí se atiende aproximadamente el 85% de problemas médicos, dando importancia a la prevención, promoción y protección de la salud, mediante la detección temprana y el tratamiento oportuno de enfermedades. Las postas y centros de salud constituyen

la oferta principal del Primer Nivel de Atención en Salud (PNAS). (Ministerio de Salud [MINSAL], 2024).

2.1.6.2. Segundo nivel: Este nivel extiende la atención integral proporcionada en el primer nivel, integrando un mayor nivel de especialización en personal y tecnología. Su propósito es atender los problemas de salud de las personas derivadas del primer nivel atención o que acuden por urgencias o emergencias. Además, lleva a cabo actividades preventivas y de promoción de salud, según sea necesario. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011)

2.1.6.3. Tercer nivel: Este nivel cuenta con la mayor especialización y capacidad de resolución, con recursos humanos y tecnológicos adecuados, dirigidos a abordar las necesidades de salud derivadas de niveles de atención anteriores. Asimismo, atiende a individuos que se presentan a sus instalaciones por urgencias o emergencias. Además, puede realizar actividades preventivas y de promoción de la salud según sea necesario. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011).

III. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

Estudio cuantitativo analítico, no experimental, prospectivo, con estrategia asociativa correlacional transversal.

3.2 Ámbito temporal y espacial

3.2.1. *Ámbito temporal:*

Desde abril del 2023 hasta enero 2024.

3.2.1. *Ámbito espacial:*

Establecimientos del Primer y Tercer nivel de atención de la región de Lima.

3.3 Delimitación

Estudiantes de medicina del último año que completaron su internado en instalaciones del primer y tercer nivel de atención durante el periodo comprendido entre abril 2023 y enero 2024

3.4 Variables

3.4.1. *Dependiente*

- Depresión
- Ansiedad
- Estrés

3.4.2. *Independiente*

- Establecimiento de salud
- Resiliencia

3.4.3. *Interviniente*

- Sexo
- Edad

3.5 Población y muestra

3.5.1 Población

Estudiantes de medicina del último año que realizaron su internado en el primer y tercer nivel de atención en el periodo de abril 2023 a enero 2024 en Lima -Perú.

3.5.2 Criterios de inclusión

- Estudiantes de medicina del último año que llevaron a cabo su internado en los establecimientos de primer nivel de atención.
- Estudiantes de medicina del último año que realizaron su internado en los establecimientos del tercer nivel de atención.
- Estudiantes de medicina del último año que accedan a participar en la investigación y otorguen su consentimiento informado.

3.5.3 Criterios de exclusión

- Estudiantes de medicina del último año quienes opten por no participar en la investigación.
- Estudiantes de medicina del último año quienes llevan a cabo su internado en clínicas privadas.
- Estudiantes de medicina en su último año que hayan recibido diagnóstico previo de ansiedad, depresión y/o estrés o que están siendo tratados por un especialista en salud mental.
- Formulario con respuestas incompletas

3.5.4 Muestra

3.5.2.1. Método de muestreo utilizado: Para este estudio se empleó el muestreo no probabilístico, en el cual la selección de los participantes se basó a criterio del investigador.

3.5.2.2. Tamaño de muestra: Para el tamaño de muestra se usaron todos los cuestionarios contestados por los estudiantes de medicina del último año, quienes realizaron su

internado en el primer y tercer nivel de atención en el periodo de abril 2023- enero 2024 en Lima -Perú. Esta muestra se contabilizó mediante un cuestionario que accedieron a contestar los internos, el tamaño de la muestra final fue de 90 cuestionarios.

3.6 Instrumentos

3.6.1 DASS 21

Anteriormente, esta escala fue validada en investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos y posteriormente fue adaptada y validada en el contexto peruano (Tapullima Mori & Chávez Castañeda, 2020).

a. **Ítems que abordan la ansiedad:** 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20. Estos ítems se refieren al miedo, episodios de pánico, ansiedad en situaciones específicas y la percepción personal del afecto ansioso.

- **Puntuación 4:** Indica ansiedad leve.
- **Puntuación 5 a 7:** reflejan una ansiedad moderada.
- **Puntuación 8 a 9:** Indican una ansiedad severa.
- **Puntuaciones 10 o más:** Se consideran como una ansiedad extremadamente severa.

b. **Los ítems que abordan la depresión incluyen:** 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21. Estos puntos analizan la existencia de malestar emocional, la falta de sentido, la ausencia de motivación, la incapacidad de experimentar placer y la auto crítica.

- **Puntuaciones de 5 a 6:** Indican una depresión leve.
- **Puntuaciones de 7 a 10:** Sugiere una depresión moderada.
- **Puntuaciones de 11 a 13:** Se relacionan con una depresión severa.
- **Puntuaciones de 14 o más:** Indican una depresión extremadamente severa.

c. **Los ítems que tratan sobre el estrés son los números:** 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18.

Estos ítems abordan la sensación de tensión, incapacidad para relajarse, irritabilidad, impaciencia y la tendencia de reaccionar exageradamente ante situaciones estresantes.

- ***Puntuaciones de 8 a 9:*** Indican un nivel de estrés leve.
- ***Puntuaciones de 10 a 12:*** Se relacionan con un estrés moderado.
- ***Puntuaciones de 13 a 16:*** Sugieren un estrés severo.
- ***Puntuaciones de 17 o más:*** Indican un estrés extremadamente severo

3.6.2 Escala de Resiliencia 14 Ítems (Er-14)

Originalmente fue desarrollada en inglés por Wagnild y Young en 1993 con 25 ítems. Mas tarde, en una segunda edición en inglés en 2005, fue reducida a 14 ítems por Wagnild y en el año 2015 fue traducida al español por Sánchez y Robles. Esta escala se emplea tanto en investigaciones como en contextos clínicos, permitiendo su aplicación tanto de manera individual como grupal, y suele tomar alrededor de 10 minutos completarla (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015).

El análisis de los resultados revela una fiabilidad de $\alpha=0,79$, así con un valor de $KMO=0,764$ y una significancia de $p<.001$ en la prueba de esfericidad de Bartlett, lo que indica una adecuación muestral óptima. También se encontró una correlación significativa entre esta escala y la escala de resiliencia de Connor y Davidson (Carbajal, 2021).

- A. Competencia personal: ítem 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14**
- B. Aceptación de uno mismo y de la vida: ítem 3,4,8**

3.7 Procedimientos

- a. Se coordinó con los delegados representantes de las sedes hospitalarias y centros de salud, para invitar a los estudiantes de medicina del último año a formar parte del estudio
- b. Los cuestionarios fueron enviados de forma digital utilizando la plataforma

Google Forms, con el objetivo de que los participantes lo respondan de manera voluntaria.

c. En la página inicial del cuestionario incluyó toda la información relevante sobre el estudio, junto con el consentimiento informado, solo si el participante daba su consentimiento, se le permitía continuar con el resto del cuestionario.

d. La información recopilada se almacenó en una base de datos, donde se organizó y sistematizó en Microsoft Excel, para ser analizados.

3.8 Análisis de datos

Para el análisis detallado de los datos, se utilizó el software IBM SPSS Statistics 25, que permitió realizar un procesamiento estadístico exhaustivo. Adicionalmente, se empleó GraphPad Prism 6 para llevar a cabo análisis estadísticos más avanzados y para la creación de gráficos de alta calidad. Esta combinación de herramientas aseguró un tratamiento exhaustivo y meticuloso de los datos, permitiendo obtener resultados confiables y bien fundamentados que respaldan las conclusiones de la tesis. Este enfoque integrado asegura la precisión y la relevancia de los hallazgos, facilitando una comprensión más profunda de los temas investigados en el contexto de la medicina.

3.9 Consideraciones éticas

El estudio fue realizado con el consentimiento informado del interno, en la cual se manifiesta el objetivo, los beneficios, riesgos de la investigación, así como la participación voluntaria. Cumpliendo los principios de ética:

3.9.1. Autonomía:

El participante puede decidir de participar o no del estudio, así también Tener la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento deseado, sin sufrir ningún tipo de consecuencia, y se respetará su elección.

3.9.2. Beneficencia:

Se detalla que la información recolectada durante la investigación será confidencial y utilizada únicamente con propósitos académicos, garantizando que la participación no conllevará ningún tipo de perjuicio.

3.9.3. Justicia:

Todos los participantes serán tratados con igualdad, consideración y respeto, recibiendo los mismos beneficios en el marco de la investigación.

3.9.4. No maleficencia:

Se evitará cualquier forma de daño al participante, ya que los nombres quedarán en el anonimato, y en caso los resultados sean publicados, no se revelará ningún dato que pueda identificar a los participantes.

IV. RESULTADOS

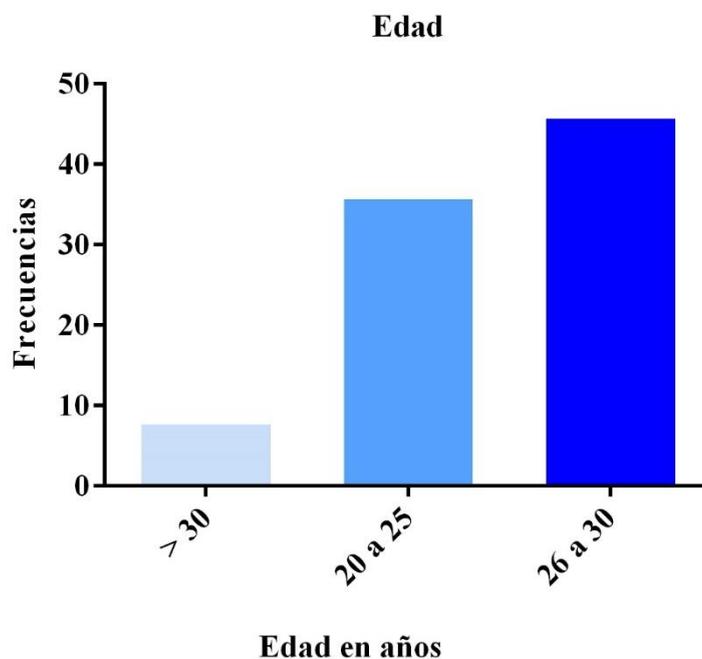
Los datos descriptivos de la población estudiada: edad, sexo y establecimiento de salud; se presentan mediante frecuencias, porcentajes y porcentajes acumulados. Debido a la forma de cómo se recabaron los datos y para preservar privacidad de los participantes, se generaron tres rangos de distribución de edades; mediante este abordaje.

Tabla 1.

Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable edad de los participantes.

Edad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
> 30	8	8,9	8,9
20 a 25	36	40,0	48,9
26 a 30	46	51,1	100,0
Total	90	100,0	

Nota. En la tabla 1, muestra la distribución de frecuencias de la edad de los participantes, también se puede observar tanto los porcentajes, como los porcentajes acumulados, de estos últimos debe la suma ser de 100%. Para este trabajo se usó una población de 90 estudiantes. El menor porcentaje, fue el conteo de estudiantes de más de 30 años que participaron en la encuesta.

Figura 1.*Distribución de edades de participantes*

Nota. La Figura 1 ilustra la distribución de frecuencias de los estudiantes que participaron en el estudio. Se observa que el grupo más numeroso corresponde al rango de edad de 26 a 30 años, donde se concentra el mayor número de participantes.

Tabla 2.*Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable sexo de los participantes.*

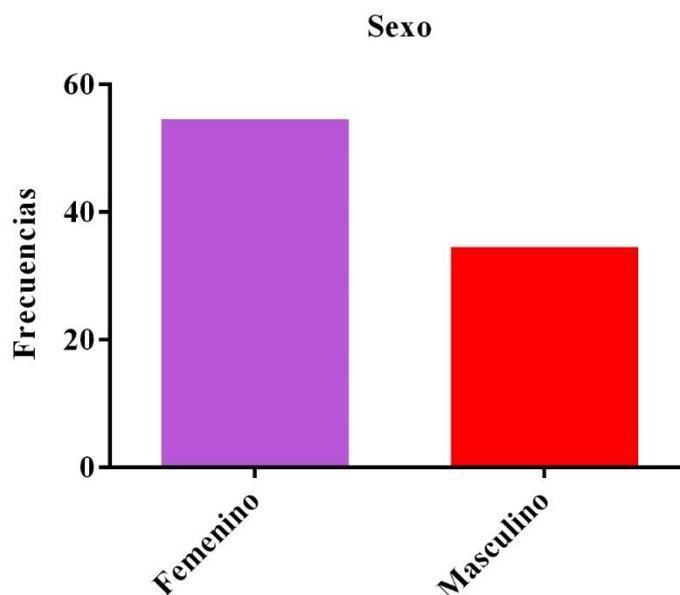
Sexo			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	55	61,1	61,1
Masculino	35	38,9	100,0
Total	90	100,0	

Nota. La Tabla 2 ilustra la distribución de frecuencias según el sexo de los participantes, destacando una desigualdad en la representación de los grupos. Los conteos de los participantes

son de 55 y 35 respectivamente, lo que indica que la distribución no es equitativa entre los grupos de sexo analizados.

Figura 2.

Distribución de género de participantes



Nota. En la Figura 2 se presentan los conteos gráficos del sexo de los participantes, donde se observa que el género femenino predomina con un total de 55 participantes. Esta representación visual destaca la disparidad en la distribución de género dentro del estudio, facilitando la identificación y análisis de las diferencias entre los grupos.

Tabla 3.

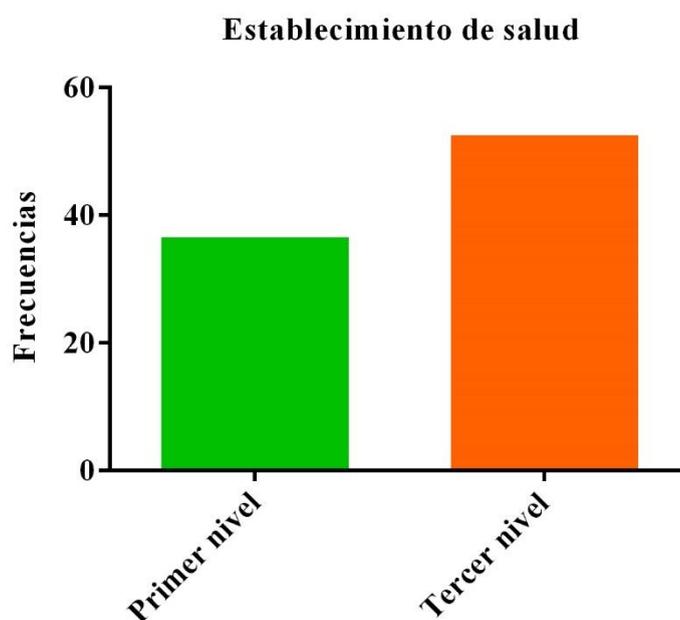
Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable establecimiento de salud.

Establecimiento de Salud			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primer nivel	37	41,1	41,1
Tercer nivel	53	58,9	100,0
Total	90	100,0	

Nota. En el estudio, la Tabla 3 muestra la distribución de datos según el establecimiento de salud, siendo esta una de las variables principales analizadas. El parámetro de estudio para la clasificación de resiliencia se dividió en función del establecimiento de salud, lo que subraya la importancia de esta variable en la investigación.

Figura 3.

Distribución de edades de participantes



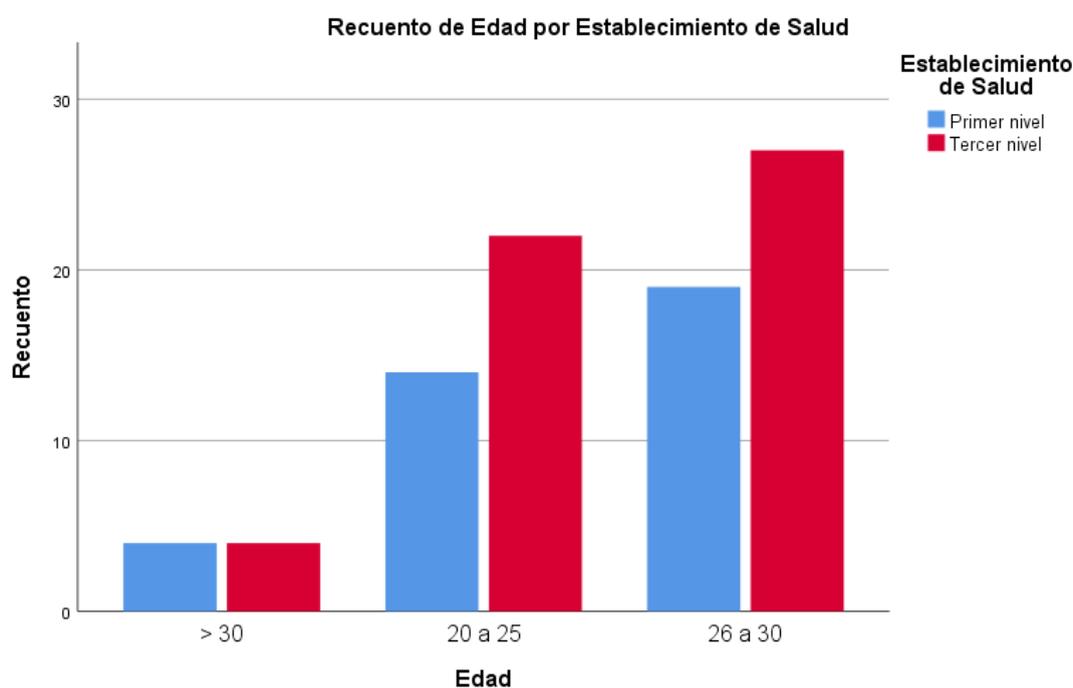
Nota. La Figura 3 presenta una gráfica que ilustra las frecuencias de los conteos para la variable del establecimiento de salud. Se observa que el nivel con mayor frecuencia es el tercer nivel, con un conteo de 53 estudiantes. Por otro lado, en el primer nivel, el conteo alcanza a 37 estudiantes. Esta visualización gráfica destaca la distribución diferencial de los estudiantes entre los niveles de atención en salud, proporcionando una herramienta clave para el análisis de la variable estudiada en la investigación.

En relación con el objetivo general de la tesis, los datos de la población, previamente presentados, fueron organizados en función del parámetro del establecimiento de salud donde

los estudiantes realizaban su rotación. Esta clasificación permitió un análisis detallado y específico, proporcionando un marco claro para evaluar cómo varían los comportamientos o resultados en función del entorno laboral de los estudiantes. Los detalles de esta distribución de datos se exponen a continuación, ofreciendo una visión estructurada de cómo los distintos establecimientos de salud influyen en la experiencia y posiblemente en las respuestas de los estudiantes involucrados en el estudio.

Figura 4.

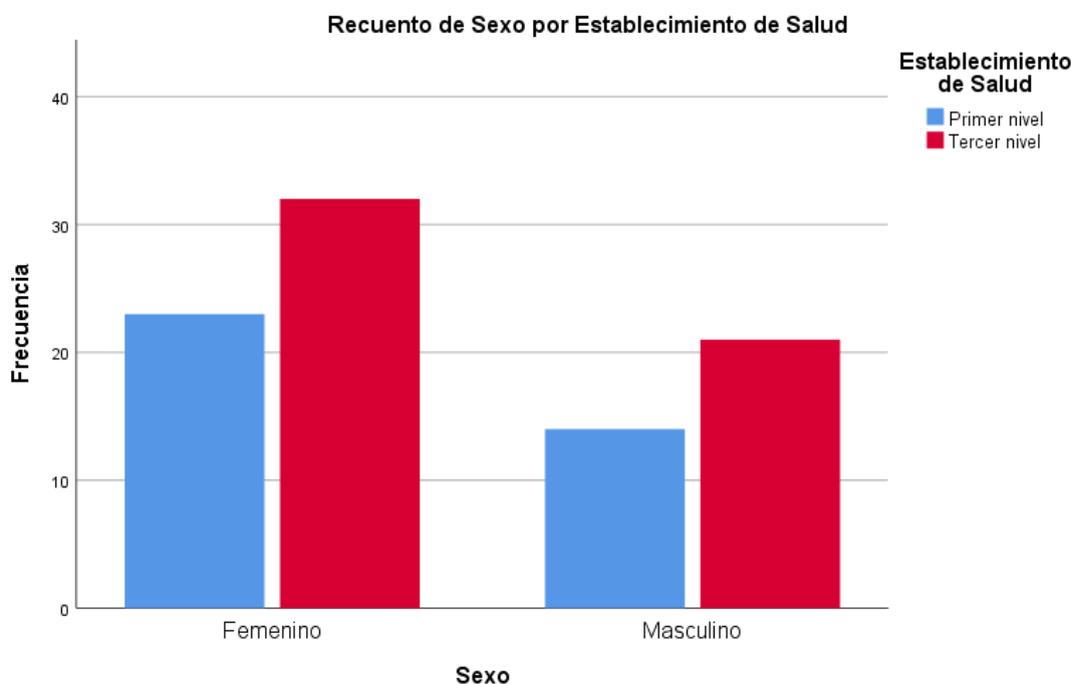
Recuento de edad por establecimiento de salud.



Nota. Para el análisis detallado de los datos, se categorizaron los rangos de edad de los participantes según el establecimiento de salud en el que estaban ubicados. Resultó notable que, dentro del grupo de estudiantes de más de 30 años, no se observaron diferencias en la cantidad de individuos entre el primer y el tercer nivel; ambos niveles mostraron el mismo número de estudiantes en este rango de edad. En cambio, en los otros dos rangos de edad estudiados, se encontró una mayor cantidad de estudiantes en el tercer nivel.

Figura 5.

Recuento de sexo por establecimiento de salud.



Nota. En la figura 5, que emplea la misma división demográfica por establecimiento de salud mencionada previamente, se presenta una gráfica que destaca un aumento en el conteo de individuos, tanto en la clasificación femenina como masculina, en el tercer nivel. Este fenómeno indica que, comparativamente, el tercer nivel de atención sanitaria atrae a un número mayor de ambos sexos.

Posterior a la presentación de los datos poblacionales; se cuantificaron las respuestas a herramientas de evaluación psicométricas: DASS-21, enfocadas en dimensiones de resiliencia, ansiedad, depresión y estrés, organizándolas en tablas de contingencia para facilitar el análisis de posibles correlaciones entre estas variables.

El componente crucial de la investigación se centró en el análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrada, seleccionando un intervalo de confianza del 95% y un umbral de significancia de $p < 0.05$ para determinar la relevancia estadística de las relaciones observadas entre los conjuntos de variables, lo cual es esencial para corroborar la existencia de asociaciones

significativas dentro del marco de estudio propuesto.

A continuación, se muestran los resultados divididos en ansiedad, depresión y estrés; estos datos son descritos en función del nivel de resiliencia. La variable medidas por el instrumento DASS-21 se muestra en 4 rangos, siendo leve, moderada, severa y extremadamente severa; mientras que la clasificación de resiliencia será siempre dicotómica, con valores baja y alta.

4.1 Resultados de ansiedad del primer nivel

Tabla 4.

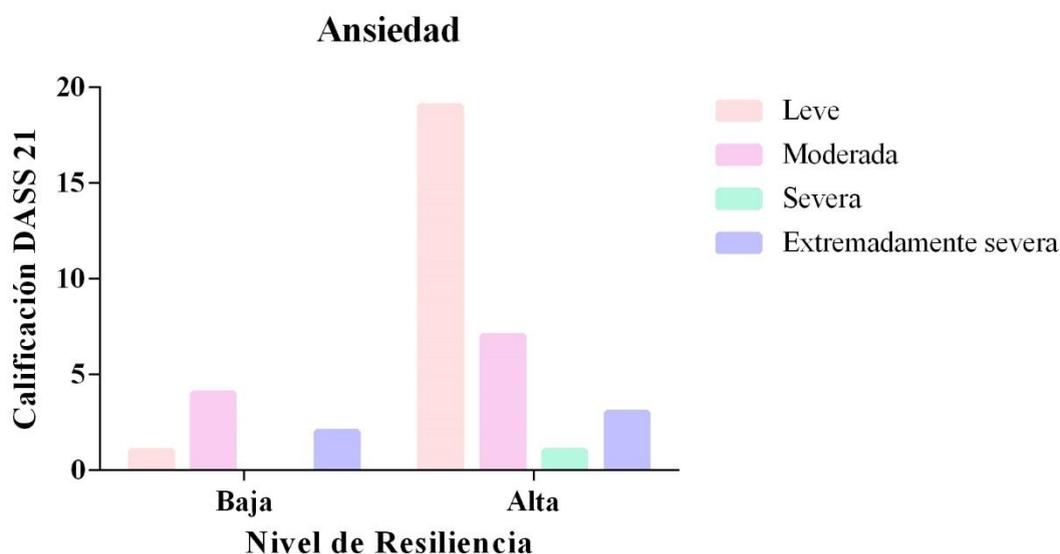
Relación entre resiliencia y ansiedad en el primer nivel

Resiliencia	Ansiedad				Total
	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Baja	1	4	0	2	7
Alta	19	7	1	3	30
Total	20	11	1	5	37

Nota. En la tabla 4 se muestran los valores recopilados de la calificación de ansiedad en función del rango de resiliencia. La variable de ansiedad para los estudiantes del primer nivel no presentó ningún conteo en la combinación de lecturas de resiliencia baja y ansiedad severa. Por otra parte, es importante recalcar que se cuantificó un valor más de cuatro veces de resiliencia alta en comparación con resiliencia baja.

Figura 6.

Niveles de ansiedad según la resiliencia en el primer nivel



Nota. Gráfica que muestra las calificaciones obtenidas por los estudiantes de primer nivel, mediante la herramienta DASS-21. En la figura 6 se puede observar que el mayor conteo se encontró en la combinación de resiliencia leve, siendo este valor de 19 mediciones.

Tabla 5.

Análisis estadístico de tabla de contingencia de ansiedad y resiliencia, primer nivel

Ansiedad	
Análisis de tabla de contingencia	
Chi-cuadrada, valor de estadístico de prueba	6.390
Chi-cuadrada, grados de libertad	3
Valor de P	0.0941
¿Estadísticamente significativo? (Alpha <0.05)	No
Datos analizados	
Número de renglones	2
Número de columnas	4

Nota. Para explorar la posible relación entre los parámetros de resiliencia y nivel de ansiedad,

se llevó a cabo un análisis estadístico específico utilizando la prueba Chi-cuadrada. Esta técnica se seleccionó con el objetivo de determinar si existían asociaciones significativas entre las variables mencionadas. La variable de ansiedad fue dividida en cuatro rangos distintos para facilitar el análisis. Sin embargo, los resultados del análisis estadístico indicaron que no se encontró una relación significativa entre los niveles de resiliencia y los diferentes rangos de ansiedad. Este hallazgo sugiere que, dentro de la muestra estudiada, la resiliencia no se asocia directamente con variaciones en el nivel de ansiedad, lo que puede tener implicaciones importantes para futuras investigaciones y para la intervención clínica en poblaciones similares.

Tabla 6.

Ajuste de relación resiliencia-ansiedad en el primer nivel

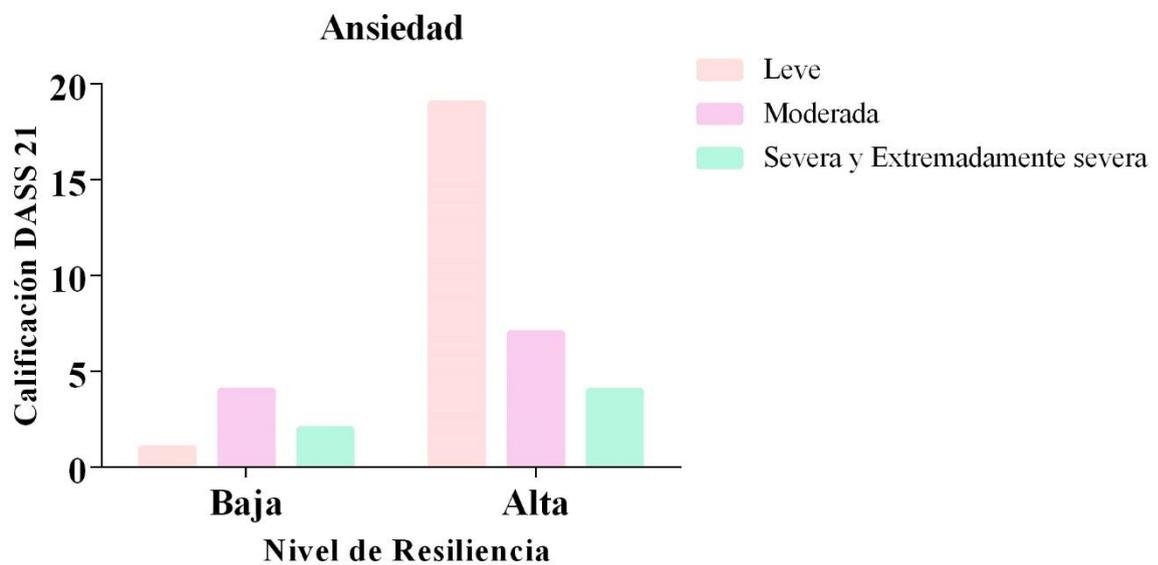
Ansiedad (complementaria)				
Resiliencia	Leve	Moderada	Severa + Extremadamente severa	Total
Baja	1	4	2	7
Alta	19	7	4	30
Total	20	11	6	37

Nota. A pesar de que el análisis inicial no arrojó resultados significativos, se optó por ajustar el rango de la variable de ansiedad para una exploración más detallada de las posibles conexiones con la resiliencia. En este ajuste, se consolidaron las mediciones de ansiedad severa y extremadamente severa, resultando en una nueva categorización en tres rangos distintos. Tras esta modificación, se realizaron nuevos conteos para los niveles de resiliencia baja y alta, los cuales resultaron en 3 y 4 respectivamente. Esta reconfiguración de los rangos busca

profundizar en el análisis y posiblemente revelar tendencias más claras entre la ansiedad y la resiliencia, contribuyendo a una comprensión más matizada de cómo estos aspectos interactúan en la población estudiada.

Figura 7.

Ajuste de conteo de nivel de ansiedad y resiliencia en el primer nivel



Nota. La Figura 7 ilustra la distribución de los datos referentes a las mediciones combinadas de ansiedad severa y ansiedad extremadamente severa. Interesantemente, en esta representación gráfica, se observa nuevamente una prevalencia notable en la interacción entre un alto nivel de resiliencia y calificaciones leves de ansiedad en el DASS-21, donde el conteo alcanza un total de 19. Esta tendencia sugiere una relación potencialmente significativa entre una elevada resiliencia y niveles más bajos de ansiedad, destacando la importancia de considerar la resiliencia como un factor posible en la mitigación de la ansiedad en diversas intensidades.

Tabla 7.*Ajuste de análisis para tabla de contingencia de ansiedad y resiliencia, primer nivel*

Ansiedad (agrupados)	
Análisis de tabla de contingencia	
Chi-cuadrada, valor de estadístico de prueba	5.521
Chi-cuadrada, grados de libertad	2
Valor de P	0.0633
¿Estadísticamente significativo? (Alpha <0.05)	No
Datos analizados	
Número de renglones	2
Número de columnas	3

Nota. Se llevó a cabo un análisis estadístico adicional empleando la prueba de Chi-cuadrada, que en esta ocasión contaba con 2 grados de libertad. A través de este análisis, se obtuvo un valor estadístico de 5.521. Aunque este resultado no alcanzó significación estadística, dado que el valor de p obtenido fue de 0.0633, estuvo muy próximo al umbral convencional de 0.05. Este resultado cercano a la significancia sugiere la existencia de una posible tendencia en la relación entre las variables estudiadas. Esta observación indica que, aunque no se pueda afirmar definitivamente la existencia de una relación significativa basada en los criterios estadísticos convencionales.

4.2 Resultados de depresión del primer nivel

Tabla 8.

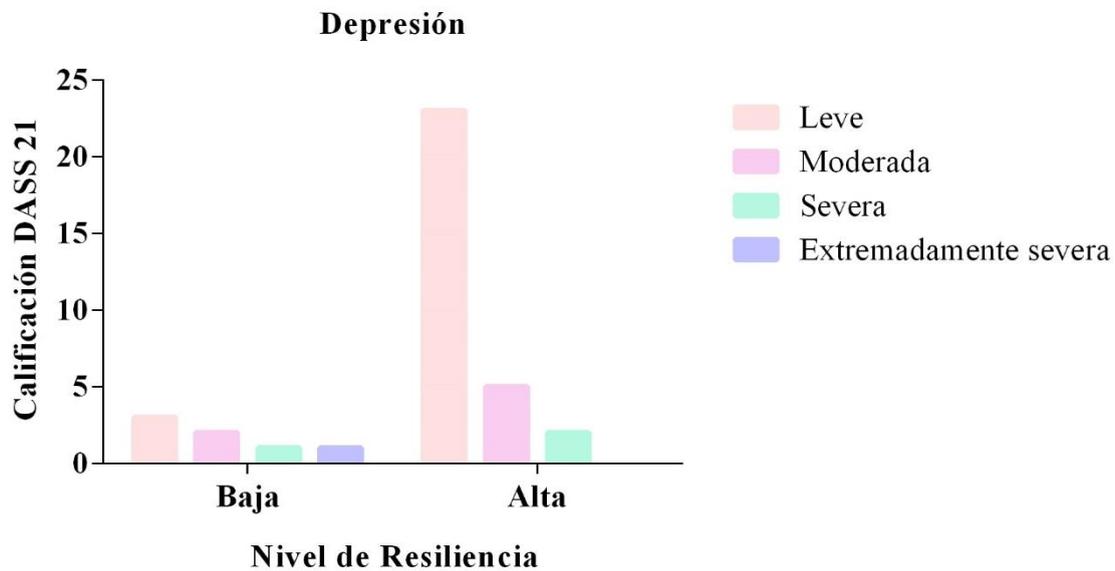
Relación entre resiliencia y depresión en el primer nivel

Resiliencia	Depresión				Total
	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Baja	3	2	1	1	7
Alta	23	5	2	0	30
Total	26	7	3	1	37

Nota. En la siguiente ilustración, se presentan los datos relativos a la depresión de los estudiantes de primer nivel, que comprenden un total de 37 estudiantes. Al igual que en la tabla anterior sobre ansiedad, se observa que los valores más bajos de depresión se registran en los rangos de moderada a extremadamente severa. Esta tendencia se mantiene consistente tanto para los estudiantes con niveles de resiliencia baja como alta. Este patrón sugiere que, independientemente del nivel de resiliencia, los estudiantes de primer nivel tienden a presentar niveles similares de depresión en las categorías evaluadas, lo que podría indicar la presencia de factores comunes que influyen en la salud mental de esta población estudiantil.

Figura 8.

Niveles de depresión según la resiliencia en el primer nivel



Nota. La gráfica anterior presenta las mediciones obtenidas a través de la herramienta DASS-21, que evalúa distintos aspectos psicológicos, incluyendo la depresión. Es notable que no se registraron casos de depresión extremadamente severa entre los estudiantes con alta resiliencia, según las calificaciones del DASS-21. En contraste, los conteos más bajos en esta categoría de depresión, con valores de 1 para resiliencia baja y 0 para resiliencia alta, sugieren una relación entre mayores niveles de resiliencia y menores niveles de depresión severa. Este patrón destaca la posible eficacia de la resiliencia como un factor protector contra los estados más graves de depresión, ofreciendo un punto de partida para futuras investigaciones sobre estrategias de intervención y prevención en contextos educativos y clínicos.

Tabla 9.*Análisis estadístico de tabla de contingencia de depresión y resiliencia, primer nivel*

Depresión	
Análisis de tabla de contingencia	
Chi-cuadrada, valor de estadístico de prueba	6.040
Chi-cuadrada, grados de libertad	3
Valor de P	0.1097
¿Estadísticamente significativo? (Alpha <0.05)	No
Datos analizados	
Número de renglones	2
Número de columnas	4

Nota. Para explorar la posible relación entre las variables de resiliencia y depresión, se empleó la prueba de Chi-cuadrada. A pesar de este análisis meticuloso, los resultados obtenidos no revelaron diferencias estadísticamente significativas, con un valor de p obtenido de 0.1097, valor de $p > 0.05$. Este resultado sugiere que, dentro del marco de este estudio específico, no se pudo confirmar una asociación clara entre los niveles de resiliencia y los de depresión. Sin embargo, la ausencia de significancia estadística no descarta por completo la posible interacción entre estas variables, lo que puede requerir una investigación más profunda con un tamaño de muestra más grande o diferentes metodologías para evaluar estas dinámicas complejas.

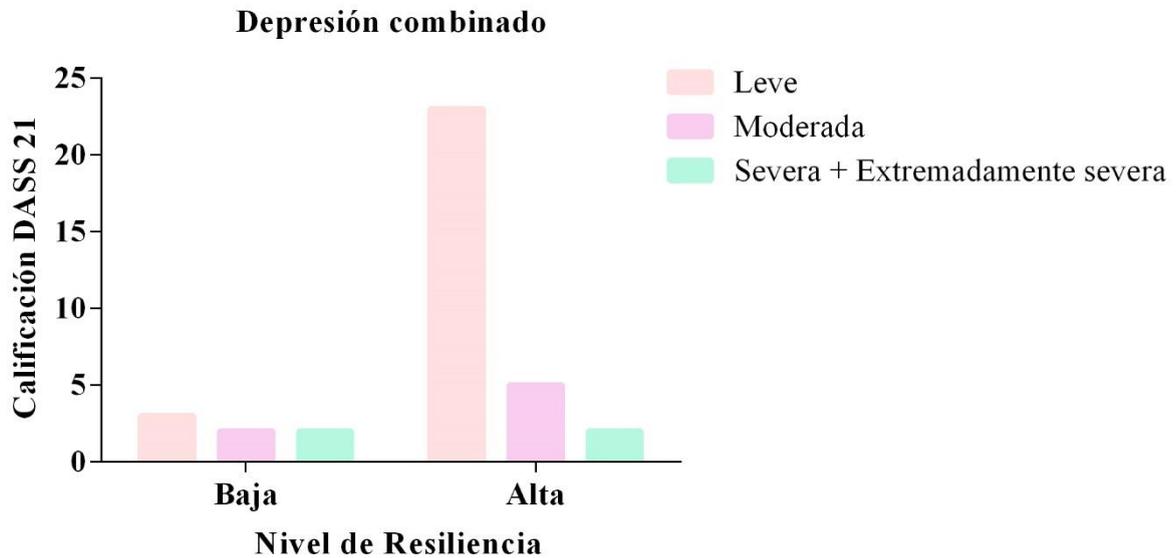
Tabla 10.*Ajuste de relación resiliencia-depresión en el primer nivel*

Depresión (agrupados)				
Resiliencia	Leve	Moderada	Severa + Extremadamente severa	Total
Baja	3	2	2	7
Alta	23	5	2	30
Total	26	7	4	37

Nota. En la Tabla 10 se presentan los datos actualizados sobre depresión, donde se ha realizado un ajuste metodológico para simplificar la clasificación de los niveles de depresión. Este ajuste consistió en combinar las dos últimas columnas, correspondientes a depresión severa y extremadamente severa, en una sola categoría. Esta consolidación permite una interpretación más clara y directa de los datos, facilitando el análisis de los niveles más intensos de depresión bajo una única clasificación, y proporciona una visión más consolidada de la prevalencia de los casos más graves de depresión dentro de la población estudiada.

Figura 9.

Ajuste de conteo de nivel de depresión y resiliencia en el primer nivel



Nota. En la Figura 9 se ilustra el ajuste realizado a la variable de depresión, donde se presentan los resultados del conteo de los datos tras este cambio. Específicamente, se muestra que tanto en la combinación de baja resiliencia con calificación de depresión del DASS-21 como en la combinación de alta resiliencia con la misma calificación de depresión, el conteo fue uniformemente de 2. Este ajuste permite una comparación más directa entre diferentes niveles de resiliencia frente a los mismos niveles de depresión, proporcionando un análisis claro y simplificado que ayuda a entender cómo la resiliencia puede influir en la percepción o el reporte de la depresión en los individuos evaluados.

Tabla 11.

Ajuste de análisis para tabla de contingencia de depresión y resiliencia, primer nivel

Depresión (agrupados)	
Análisis de tabla de contingencia	
Chi-cuadrada, valor de estadístico de prueba	3.867
Chi-cuadrada, grados de libertad	2
Valor de P	0.1446
¿Estadísticamente significativo? (Alpha <0.05)	No
Datos analizados	
Número de renglones	2
Número de columnas	3

Nota. El respectivo análisis se realizó, la prueba Chi-cuadrada fue aplicada a los datos combinados de DASS-21 depresión en los rangos de depresión severa y depresión extremadamente severa. Sin embargo, estos datos no fueron significativos, estadístico de prueba: 3.867, con 2 grados de libertad y valor de p de 0.1446.

4.3 Resultados de estrés del primer nivel

Tabla 12.

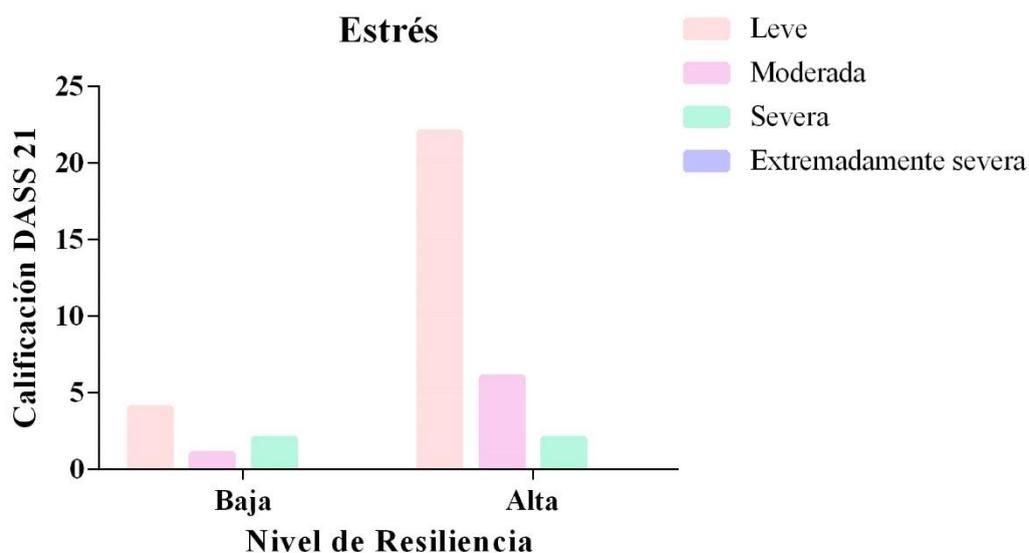
Relación entre resiliencia y estrés en el primer nivel

Resiliencia	Estrés				Total
	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severo	
Baja	4	1	2	0	7
Alta	22	6	2	0	30
Total	26	7	4	0	37

Nota. En la tabla 12 se muestran los valores de la calificación de estrés en función de los niveles de resiliencia de los estudiantes del primer nivel. Es afortunado observar que por lo menos, ningún dato fue cuantificado para las combinaciones de resiliencia baja y alta con la variable de calificación DASS-21 en estrés extremadamente severo.

Figura 10.

Niveles de estrés según la resiliencia en el primer nivel



Nota. En la representación gráfica de los valores de estrés, se utilizó la herramienta DASS-21 para clasificar los niveles de estrés en categorías leve, moderada y severa. Se observó que la mayor frecuencia se registró en la categoría de estrés leve asociada con baja resiliencia, alcanzando un total de 22 conteos. Esta información, presentada gráficamente, permite visualizar claramente cómo los niveles de resiliencia influyen en la percepción o la manifestación del estrés, destacando que los individuos con menor resiliencia tienden a reportar niveles más bajos de estrés en comparación con aquellos en otras categorías de resiliencia y estrés. Esta diferenciación por niveles proporciona una comprensión más profunda de la interacción entre resiliencia y estrés, y sugiere que la resiliencia puede jugar un papel crucial en cómo los individuos experimentan y manejan el estrés en sus vidas.

Para el "Análisis de tabla de contingencia de estrés y resiliencia, primer nivel", se seleccionó la prueba de Chi-cuadrada como método para explorar la posible relación entre las variables de estrés y resiliencia. Sin embargo, se encontró un obstáculo al intentar realizar la prueba: una de las columnas, que correspondía a los niveles de estrés para tanto baja como alta resiliencia, contenía exclusivamente valores de cero, lo que impidió llevar a cabo el análisis como estaba planeado. Para resolver este problema y permitir el análisis, se decidió aplicar la misma técnica de combinación de categorías que se había utilizado con éxito en pruebas anteriores. Este enfoque ajustado busca proporcionar una solución viable que permita la correcta ejecución del análisis estadístico, manteniendo la coherencia metodológica y asegurando la validez de los resultados obtenidos en el estudio.

Tabla 13.*Ajuste de relación resiliencia-estrés en el primer nivel*

Resiliencia	Estrés (complementaria)			Total
	Leve	Moderada	Severa + Extremadamente severa	
Baja	4	1	2	7
Alta	22	6	2	30
Total	26	7	4	37

Nota. Fueron combinadas las columnas de valores de estrés en sus mediciones de severa y extremadamente severa; esto con el objetivo de que no existiera alguna columna formada únicamente por valores de 0. Al final, esta columna cuenta con dos conteos para cada una de las combinaciones.

Figura 11.*Ajuste de conteo de nivel de estrés y resiliencia en el primer nivel*

Nota. En la Figura 11, se presentan gráficamente los valores ajustados correspondientes a las últimas dos categorías de la herramienta DASS-21, que son estrés severo y estrés extremadamente severo. Este ajuste en la presentación de los datos facilita una visualización más clara y específica de los niveles más altos de estrés, permitiendo un análisis detallado de estas intensidades críticas dentro de la muestra estudiada. La representación gráfica de estos ajustes permite observar directamente cómo se distribuyen estos casos severos de estrés, proporcionando información valiosa para entender mejor la dinámica y la prevalencia del estrés intenso en el contexto evaluado.

Tabla 14.

Ajuste de análisis para tabla de contingencia de estrés y resiliencia, primer nivel

Estrés (agrupados)	
Análisis de tabla de contingencia	
Chi-cuadrada, valor de estadístico de prueba	2.829
Chi-cuadrada, grados de libertad	2
Valor de P	0.2431
¿Estadísticamente significativo? (Alpha <0.05)	No
Datos analizados	
Número de renglones	2
Número de columnas	3

Nota. Tras realizar un ajuste en las columnas de datos, se procedió a aplicar la prueba de Chi-cuadrada para evaluar la significancia estadística de los resultados. Sin embargo, los resultados no demostraron diferencias significativas, ya que el valor de p obtenido fue de 0.2431. Esta falta de significancia estadística sugiere que las variables analizadas podrían no estar

relacionadas de manera significativa en el contexto del estudio.

4.4 Resultados de ansiedad del tercer nivel

Tabla 15.

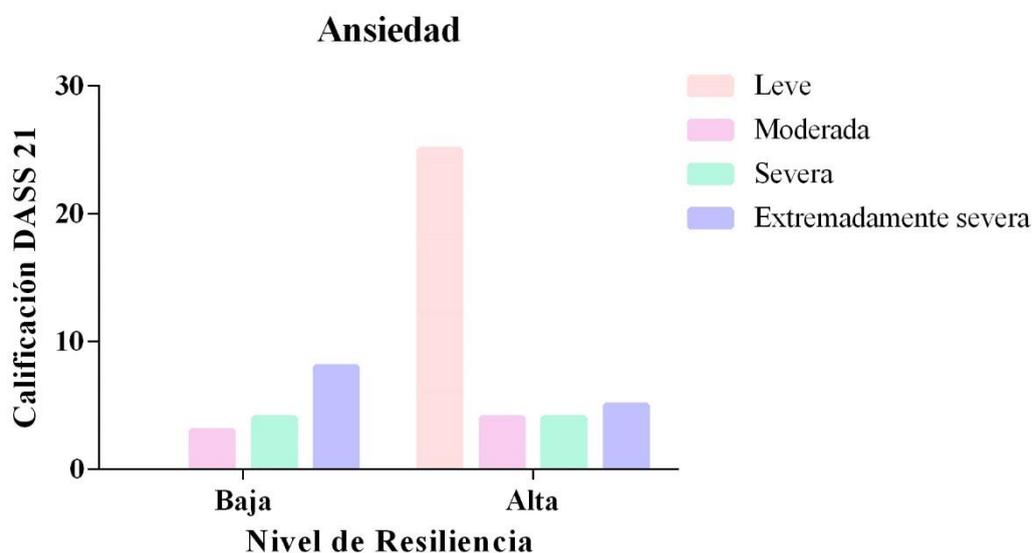
Relación entre resiliencia y ansiedad en el tercer nivel

Ansiedad					
Resiliencia	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	Total
Baja	0	3	4	8	15
Alta	25	4	4	5	38
Total	25	7	8	13	53

Nota. A continuación, se comienzan a describir los resultados obtenidos en el grupo de tercer nivel, el conteo de estudiantes fue mayor, 53, comparado con el conteo de estudiantes del primer nivel: 37. Los dos mayores registros se obtuvieron en las calificaciones de ansiedad leve y extremadamente severa, tanto para la resiliencia baja como alta.

Figura 12.

Niveles de ansiedad según la resiliencia en el tercer nivel



Nota. Los datos de la combinación de las variables de niveles de resiliencia y calificación DASS-21 para el parámetro de ansiedad fueron graficados (figura 12). Es un gran contraste que, para la combinación de resiliencia baja y ansiedad leve, no se obtuvo algún conteo, sin embargo, esta misma combinación, pero para resiliencia alta, el conteo fue el mayor para ansiedad leve.

Tabla 16.

Análisis estadístico de tabla de contingencia de ansiedad y resiliencia, tercer nivel

Ansiedad	
Análisis de tabla de contingencia	
Chi-cuadrada, valor de estadístico de prueba	19.53
Chi-cuadrada, grados de libertad	3
Valor de P	0.0002 (***)
¿Estadísticamente significativo? (Alpha <0.05)	Si

Datos analizados	
Número de renglones	2
Número de columnas	4

Nota. El análisis estadístico fue aplicado para buscar una relación entre las variables categóricas de calificación de ansiedad y nivel de resiliencia. Con el estadístico de prueba: 19.53, y 3 grados de libertad, se puede determinar que si existe una asociación significativa entre este conjunto de parámetros, el valor p obtenido fue de 0.0002, un valor de p muy significativo (***).

4.5 Resultados de depresión del tercer nivel

Tabla 17.

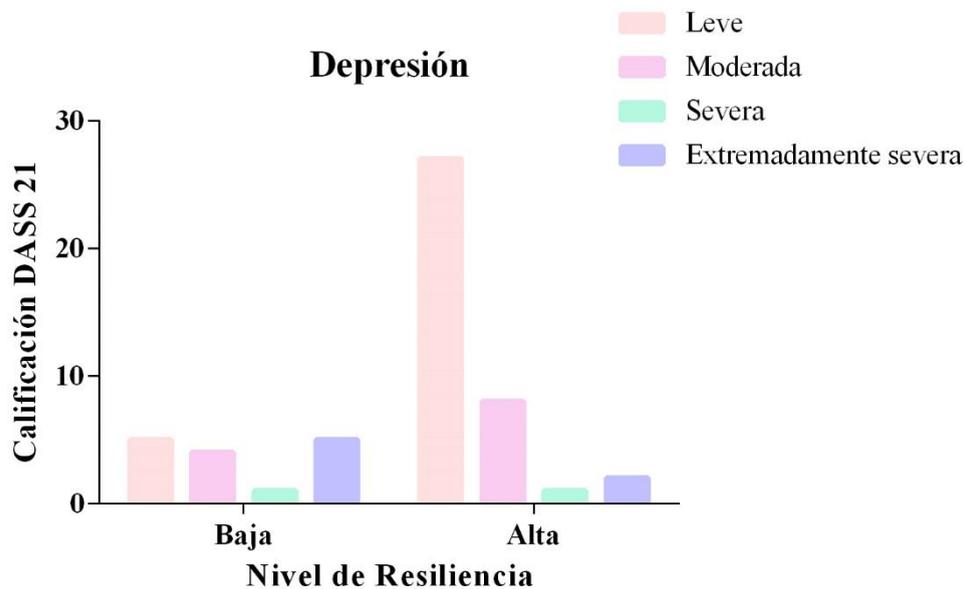
Relación entre resiliencia y depresión en el tercer nivel

Resiliencia	Depresión				Total
	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Baja	5	4	1	5	15
Alta	27	8	1	2	38
Total	32	12	2	7	53

Nota. A continuación, se muestran los datos de los registros de la relación entre la depresión y el nivel de resiliencia de los estudiantes del tercer nivel. El conteo total fue de 53, en contraste con la anterior medición de la herramienta DASS-21, los dos conteos más altos se encuentran en las dos primeras columnas: depresión leve y depresión moderada, siendo 32 y 12, respectivamente.

Figura 13.

Niveles de depresión según la resiliencia en el tercer nivel



Nota. El conteo en la combinación de nivel de resiliencia alta y depresión leve fue el más alto, incluso más alto que la sumatoria de todos los valores de la calificación de depresión en la combinación con resiliencia baja, la sumatoria fue de 15, mientras que el conteo para resiliencia alta y depresión leve fue de 27.

Tabla 18.

Análisis estadístico de tabla de contingencia de depresión y resiliencia, tercer nivel

Depresión	
Análisis de tabla de contingencia	
Chi-cuadrada, valor de estadístico de prueba	9.564
Chi-cuadrada, grados de libertad	3
Valor de P	0.0227 (*)
¿Estadísticamente significativo? (Alpha <0.05)	Si

Datos analizados	
Número de renglones	2
Número de columnas	4

Nota. En la tabla 18 se muestra correspondiente análisis estadístico, se aplicó una prueba Chi-cuadrada con 3 grados de libertad, con la cual, se obtuvieron los siguientes parámetros: un valor estadístico de la prueba de 9.564 y un valor de p de 0.0227, lo que indica que si existe una relación entre las variables que se pusieron a prueba.

4.6 Resultados de estrés del tercer nivel

Tabla 19.

Relación entre resiliencia y estrés en el tercer nivel

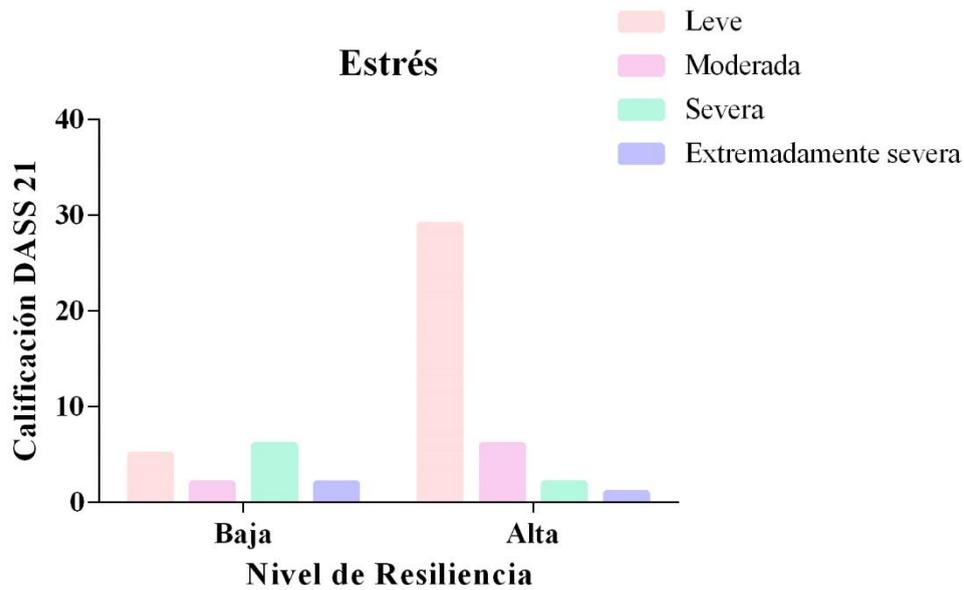
Resiliencia	Estrés				Total
	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Baja	5	2	6	2	15
Alta	29	6	2	1	38
Total	34	8	8	3	53

Nota. La Tabla 19 ilustra el análisis final del conjunto de datos utilizados, mostrando la distribución de las calificaciones de estrés, según la herramienta DASS-21, clasificadas en cuatro rangos y correlacionadas con los niveles de resiliencia. Este análisis revela que la mayor frecuencia de registros se encontró en la combinación de alta resiliencia con estrés leve, con un total de 29 mediciones. Por otro lado, la menor frecuencia se registró en el rango de estrés

extremadamente severo, con un conteo total de solo 3.

Figura 14.

Niveles de estrés según la resiliencia en el tercer nivel



Nota. En las gráficas presentadas, se representaron visualmente los valores correspondientes al estrés y nivel de resiliencia de los individuos estudiados. Se observó una tendencia común en la mayoría de estas representaciones gráficas, destacando principalmente la presencia de un alto nivel de resiliencia. Asociado a esta resiliencia elevada, la calificación más frecuentemente observada en el DASS-21 fue la de estrés leve. Esta correlación sugiere que los individuos con mayor resiliencia tienden a reportar niveles más bajos de estrés, un hallazgo que resalta la importancia de la resiliencia como factor mitigante en la percepción y manejo del estrés.

Tabla 20.*Análisis estadístico de tabla de contingencia de estrés y resiliencia, tercer nivel*

Estrés	
Análisis de tabla de contingencia	
Chi-cuadrada, valor de estadístico de prueba	13.91
Chi-cuadrada, grados de libertad	3
Valor de P	0.0030 (**)
¿Estadísticamente significativo? (Alpha <0.05)	Si
Datos analizados	
Número de renglones	2
Número de columnas	4

Nota. Los datos de la tabla de contingencia fueron puestos sometidos a una prueba de Chi-cuadrada para averiguar si existe una relación entre el conjunto de variables; con un valor de estadístico de prueba de 13.91 y 3 grados de libertad, se obtuvo un valor de p de 0.0030 (**), por lo que podemos concluir que si, efectivamente existe una relación entre las variables puestas a prueba.

Posteriormente, esta etapa del proyecto de investigación en donde se procedió a la elaboración de tablas de contingencia basadas en los análisis preliminares realizados. Estas tablas son fundamentales para la interpretación estadística de los resultados obtenidos. A través de este enfoque metodológico, se buscó profundizar en la comprensión de las relaciones observadas en los datos, lo que contribuirá significativamente a la solidez y coherencia de las conclusiones finales del estudio. Este proceso es esencial para garantizar que la presentación de los resultados sea no solo precisa, sino también relevante y cohesiva, reflejando así la rigurosidad científica requerida.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se enfocó en trabajar con una población de 90 estudiantes, tanto del sexo femenino como masculino, 61,1 y 38,9 por ciento, respectivamente. La edad también fue otra variable descrita en los resultados, tres grupos, siendo estos >30, 20 a 25 y 26 a 30 años, con una distribución porcentual de 8,9, 40 y 51,0, respectivamente. La población estaba dividida en dos grandes grupos objetivo que fueron los estudiantes de medicina de primer nivel (41,1%) y de tercer nivel (58,9%).

Dos conjuntos de variables fueron medidos en la población a través de herramientas de estudio, el nivel de resiliencia que fue clasificado en bajo y alto; y un cuestionario DASS-21, que media las calificaciones de ansiedad, depresión y estrés en el conjunto de estudiantes. El objetivo básico del estudio fue estudiar si existía una relación entre la resiliencia y los resultados de DASS-21, en función de los niveles de rotación de los estudiantes de medicina, siendo primer y tercer nivel.

De manera general, no se encontró relación entre el nivel de resiliencia y ansiedad entre los estudiantes del primer nivel, (Chi-cuadrada: 6.390, grados de libertad: 3, p: 0.0941), para mejorar los resultados, se hizo un ajuste, de tal forma que se agruparon los conceptos de ansiedad severa y extremadamente severa, (Chi-cuadrada: 5.521, grados de libertad: 2, p: 0.0633), si bien, el valor de p se acercó a 0.05, este no fue menor; por lo tanto, se podría hablar de una tendencia.

Para los valores de depresión en el primer nivel, se obtuvieron los datos relacionados a la prueba: chi-cuadrada: 6.040, grados de libertad: 3, y p: 0.1097. Estos datos no fueron significativos y no se acercaron al 0.05, aunque se le sometió al mismo proceso de agrupación (chi-cuadrada: 3.867, grados de libertad: 2, y p: 0.1446).

En el caso de los parámetros de estrés en función del nivel de resiliencia, no se pudo aplicar la prueba estadística de Chi-cuadrada para averiguar una relación entre estos dos

parámetros; sino, hasta que se procedió a la agrupación previamente mencionada. Sin embargo, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos: chi-cuadrada: 2.829, grados de libertad: 2 y valor de p: 0.2431.

Como se mencionó anteriormente, la población de estudio del tercer nivel fue mayor en comparación con el primer nivel (53 y 37, respectivamente). Esto, muy probablemente favoreció a que encontráramos resultados estadísticamente significativos al momento de estudiar la relación entre el nivel de resiliencia y las calificaciones obtenidas de la DASS-21.

En el tercer nivel, los estudiantes de este grupo, se encontró una relación entre el nivel de resiliencia y la ansiedad calificada, siendo los valores de la prueba Chi-cuadrada de: 19.53, 3 y 0.0002, para el estadístico de prueba, los grados de libertad y el valor de p; este último fue muy significativo $0.0002 < 0.005$.

La depresión medida con la prueba DASS-21 en los estudiantes del tercer nivel, también fue relacionada significativamente con los niveles de resiliencia. De tal forma que para los 3 grados de libertad (número de columnas - 1), se registró el valor del estadístico de prueba de 9.564 con un valor de p significativo de 0.0227.

En relación con el último grupo de estudio del tercer nivel, las calificaciones obtenidas por los estudiantes demuestran que, si existe una relación entre las variables estudiadas, con lo que se concluye que, si existe una asociación entre la resiliencia y el estrés dentro de este grupo, chi-cuadrada: 13.91, grados de libertad: 3 y valor de p: 0.0030.

La resiliencia se presenta como un factor mitigador potencial en este contexto. Con base en un trabajo de Eley y Slavin en 2023, los estudiantes que exhiben niveles más altos de resiliencia tienden a reportar menores niveles de estrés y ansiedad. Estos estudiantes suelen emplear estrategias de afrontamiento más efectivas, que incluyen el apoyo social, la gestión del tiempo y técnicas de relajación, las cuales son cruciales para manejar las presiones inherentes a los estudios médicos (Eley y Slavin, 2023).

Otro estudio examina la prevalencia y factores asociados a la depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de primer año en ciencias de la salud, destacando la importancia de conductas y creencias saludables. La percepción de falta de control es un predictor significativo de estos trastornos, resaltando la importancia del empoderamiento personal. En este estudio se determinó que 17% de los estudiantes recién ingresados reportaron síntomas depresivos de moderados a severos, con un 6% manifestando ideación suicida. Además, el 14% de los estudiantes participantes reportaron niveles moderados a severos de ansiedad. Los factores predictivos para la depresión y la ansiedad abarcaron el dormir menos de 7 horas por noche, peor salud general, hábitos y creencias de estilo de vida menos saludables, mayor estrés y una percepción de falta de control (Hoying, et al., 2020).

Se ha investigado el papel mediador de la resiliencia en la relación entre el estrés clínico y los problemas de salud mental, específicamente la depresión y la ansiedad, en estudiantes de enfermería en Indonesia. Utilizando una muestra de 336 estudiantes de enfermería, se recogieron datos mediante cuestionarios autoadministrados que incluían la Escala de Resiliencia Connor-Davidson y los cuestionarios de Depresión, Ansiedad y Estrés. Los resultados de esta investigación demostraron que la resiliencia tiene un efecto mediador sobre la depresión; se concluye que los resultados indican que la resiliencia afecta los niveles de estrés depresión y ansiedad. Es de recalcar que más del 60% de los participantes tuvieron un alto nivel de resiliencia (Devi et al., 2021).

Un estudio sobre la resiliencia en estudiantes de medicina, enfocado en su asociación con el ambiente educativo y la calidad de vida, proporciona una perspectiva integral sobre cómo estos futuros médicos manejan los desafíos inherentes a su formación. A través de la evaluación de una muestra aleatoria de 1,350 estudiantes de medicina de 22 escuelas médicas en Brasil, se utilizó una combinación de herramientas incluyendo la escala de resiliencia de Wagnild y Young (RS-14), el cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud

(WHOQOL-BREF), y medidas del entorno educativo mediante el Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM). Los resultados indicaron que aquellos estudiantes con niveles más altos de resiliencia reportaron una mejor calidad de vida y percepción del entorno educativo. Específicamente, los estudiantes con niveles de resiliencia bajos presentaron peores puntuaciones en las áreas de bienestar psicológico, relaciones sociales, salud física y en la percepción general del ambiente educativo. Este patrón de dosis-respuesta entre los niveles de resiliencia y las mediciones subraya la importancia de la resiliencia como un mecanismo potencial para mitigar el estrés emocional y optimizar el rendimiento durante la formación médica (Tempski et al., 2015).

En un estudio publicado Duarte y colaboradores en 2022, se examinó el papel de la resiliencia y la satisfacción con la vida como mediadores en la relación entre el estrés y el agotamiento en estudiantes de medicina durante la pandemia de COVID-19. Los resultados indicaron que tanto la resiliencia como la satisfacción con la vida son importantes para la forma en que los estudiantes manejan el estrés y el agotamiento. Se encontró que altos niveles de resiliencia pueden reducir los efectos del estrés y prevenir el agotamiento. Los estudiantes con mayor resiliencia y satisfacción con la vida experimentaron niveles significativamente menores de agotamiento relacionado con el estrés. Esto sugiere que promover la resiliencia y mejorar la percepción de la vida pueden ser estrategias efectivas para mejorar la salud mental y el bienestar general de los estudiantes de medicina, especialmente en situaciones desafiantes como una pandemia global (Duarte et al., 2022).

El estudio de Bird y colaboradores se investigó cómo un currículo basado en habilidades de resiliencia puede beneficiar a los estudiantes de medicina durante sus rotaciones clínicas, un período conocido por sus altos niveles de estrés y riesgo de agotamiento. El currículo se implementó a través de talleres facilitados que enseñaban habilidades de manejo de expectativas, manejo de emociones negativas, afrontamiento de contratiempos y encontrar

significado en el trabajo diario. Esta formación se llevó a cabo en dos instituciones académicas durante el año académico 2017-2018, involucrando a 144 estudiantes de medicina. Un dato revelador del estudio fue el cambio en los puntajes de la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC). En la Universidad A, después de los talleres, los puntajes de resiliencia mostraron una mejora significativa, subiendo de un promedio inicial de 26.9 a 29.6, lo cual es estadísticamente significativo ($p = 0.019$). Este aumento indica que el currículo tuvo un impacto positivo en la capacidad de los estudiantes para manejar el estrés y adaptarse a las adversidades durante las rotaciones clínicas. A pesar de estas mejoras en la Universidad A, no se observaron cambios significativos en los puntajes de resiliencia en la Universidad B. Esto subraya la importancia del contexto y la implementación del programa, y sugiere que el éxito de los programas de resiliencia puede depender de varios factores, incluyendo la percepción del estudiante sobre la apertura y relevancia de los talleres (Bird et al., 2020).

VI. CONCLUSIONES

A continuación, se mencionan las principales conclusiones de este trabajo de investigación.

- 6.1 No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de resiliencia y ansiedad en estudiantes de medicina del primer nivel, incluso después de ajustar las categorías de ansiedad severa y extremadamente severa. A pesar de los ajustes realizados en la categorización de la ansiedad, la relación entre la resiliencia y los niveles de ansiedad no alcanzó significancia estadística, aunque se observó una tendencia cercana al umbral significativo de $p=0.05$.
- 6.2 Los resultados mostraron que no existía una relación significativa entre los niveles de resiliencia y la depresión en el primer nivel de estudiantes de medicina, incluso después de un ajuste metodológico que agrupó las calificaciones de depresión severa y extremadamente severa.
- 6.3 No se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre resiliencia y estrés en el primer nivel de estudiantes, incluso tras realizar ajustes en la clasificación del estrés.
- 6.4 Con respecto a los datos del tercer nivel, estos mostraron una relación estadísticamente significativa entre resiliencia y ansiedad, sugiriendo que un mayor nivel de resiliencia está asociado con niveles más bajos de ansiedad.
- 6.5 Igualmente, para los estudiantes del tercer nivel, la correlación entre resiliencia y depresión también resultó ser estadísticamente significativa, indicando una posible influencia positiva de la resiliencia en la reducción de los niveles de depresión.
- 6.6 Los resultados del análisis del tercer nivel indicaron una relación significativa entre resiliencia y estrés, donde un mayor nivel de resiliencia se asoció con menores niveles de estrés. Las mediciones más frecuentes en el tercer nivel reflejaron que los estudiantes con alta resiliencia presentaban predominantemente niveles bajos de estrés, lo que resalta la importancia de la resiliencia como un posible amortiguador contra el estrés.

- 6.7 Las variaciones en los resultados entre el primer y tercer nivel sugieren que el contexto educativo y el avance en la formación médica pueden influir en la relación entre resiliencia y bienestar psicológico. Los hallazgos refuerzan la necesidad de fomentar estrategias de resiliencia en los programas de formación médica para mejorar los aspectos de salud mental de los estudiantes, especialmente en etapas avanzadas de su educación.

Después de los trabajos mencionados y de los resultados de este trabajo de investigación, es importante señalar que, si bien, existen diversas estrategias que pueden implementarse para fomentar la resiliencia en los estudiantes de medicina, tanto a nivel individual como institucional:

- 6.8 Programas de desarrollo de la resiliencia: Implementación de talleres, cursos y actividades enfocadas en el desarrollo de habilidades para el manejo del estrés, la resolución de problemas y la comunicación efectiva.
- 6.9 Mentoría y apoyo social: Brindar a los estudiantes acceso a mentores y programas de apoyo social que les permitan compartir sus experiencias y recibir orientación.
- 6.10 Promoción de un ambiente educativo positivo: Fomentar un clima de aprendizaje colaborativo, respetuoso y comprensivo, donde los estudiantes se sientan seguros para expresar sus dudas y preocupaciones.
- 6.11 Cuidado de la salud mental: Facilitar el acceso a servicios de salud mental de calidad para los estudiantes que lo necesiten.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 La salud mental, fundamental en los entornos médico y educativo, requiere una mayor atención y comprensión. Reconociendo su importancia, es recomendable integrar prácticas de bienestar mental en estos ámbitos para fomentar un entorno saludable y productivo.
- 7.2 Es imperativo implementar estrategias para reforzar la resiliencia de los estudiantes, incorporando terapias y estableciendo líneas de comunicación efectivas con psicólogos y terapeutas. Establecer un entorno de apoyo que promueva la salud mental y el bienestar emocional contribuirá significativamente al desarrollo académico y personal de los estudiantes.
- 7.3 Si bien, este estudio se basa en una muestra de 90 alumnos, es recomendable para futuras investigaciones en esta área incrementar significativamente el número de participantes. Ampliar la muestra permitiría una mejor representatividad y robustez en los hallazgos, contribuyendo a una comprensión más profunda y generalizable de las dinámicas estudiadas. Esto es esencial para validar y fortalecer los resultados obtenidos, así como para explorar con mayor precisión las tendencias y patrones dentro de la población de estudio.
- 7.4 La expansión de este trabajo observacional a otros niveles académicos y diferentes disciplinas universitarias, así como a otras instituciones, representa una estrategia valiosa. Esto no solo diversificará la base de datos, sino que también permitirá analizar y comparar las variaciones en la salud mental y la resiliencia entre distintos contextos educativos.

VIII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (Vol. 5 Edición). Editorial Medica Panamericana.
<https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Archana, R., y Palani, M. (2022). Enhanced resilience in undergraduate medical students with increased years of study. *Asian Journal of Psychiatry*, 76, 103231-103231.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103231>
- Asociación Peruana de Facultades de Medicina. (2021). *Internado médico en el primer nivel de atención. Currículo y manual del interno*.
<https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
- Bennett, S. y Walkup, J. (2022). Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and course. *Uptodate*.
<https://www.uptodate.com/contents/anxiety-disorders-in-children-and-adolescents>
- Bird, A., Tomescu, O., Oyola, S., Houpy, J., Anderson, I., Pincavage, A. (2020). A curriculum to teach resilience skills to medical students during clinical training. *MedEdPORTAL*.16: 10975. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10975
- Cabezudo, L. (2024). *Relación entre la resiliencia y sintomatología de ansiedad, depresión y estrés agudo en internos de medicina humana de la universidad Privada San Juan Bautista- Ica 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista] Repositorio Institucional Universidad Privada San Juan Bautista.
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/5207>
- Carbajal, K. (2021). *Escala de resiliencia (ER-14): propiedades psicométricas y datos normativos en población adulta de Lima Metropolitana, 2021*. [Tesis de pregrado,

- Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional Universidad Cesar Vallejo.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/70945>
- Ccaca, R. (2020). *Relación entre resiliencia y salud mental en Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/065253f2-7369>
- Chávez, L. (2023). *Ansiedad, depresión y estrés de internos de medicina en el primer y tercer nivel de atención, Arequipa 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional Universidad Católica de Santa María.
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3ad4717b-bde7-489b-ad58-d9038e1160d5/content>
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety. Journal Metrics*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Devi, H., Purborini, N., Chang, H. (2021). Mediating Effect of Resilience on Association among Stress, Depression, and Anxiety in Indonesian Nursing Students. *Journal of Professional Nursing*, 37(4), 706-713. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.04.004>
- Duarte, I., Alves, A., Coelho, A., Ferreira, A., Cabral, B., Silva, B., Peralta, J., Silva, J., Domingues, P., Nunes, P., Serrao, C., Santos, C. (2022). The mediating role of resilience and life satisfaction in the relationship between stress and burnout in medical students during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2822. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052822>
- Eley, D. y Slavin, S. (2023). Medical student mental health – the intransigent global dilemma: Contributors and potential solutions. *Medical Teacher*, 46(2), 156-161.

<https://doi.org/10.1080/0142159x.2023.2279909>

- Escobar, R. y Landa, B. (2021). *Estrés moderado o severo asociado al ser internos de medicina o de otras carreras de la salud durante la pandemia, Perú*. [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Universidad Continental. <https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/9142>
- Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Ghanshyam, N., Pandey, G., Dwivedi, Y., Rizavi, H., Ren, X., Pandey, S. Pesold, C., Roberts, R., Conley, R., Tamminga, C. (2002). Higher expression of serotonin 5-HT_{2A} receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 419-29. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.419>
- Goodwin, H., Yiend, J., Hirsch, C. (2017). Generalized Anxiety Disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical psychology review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.006>
- Harvey, J. y Delfabbro, P. (2004). Psychological resilience in disadvantaged youth: A critical overview. *Australian Psychologist*, 39(1), 3-13. <https://doi.org/10.1080/00050060410001660281>
- Hasanin, M., Hassan, M., Mohamed, F., Abdel, D. (2022). Relationship between Ego Resilience, Perceived Stress and Life Satisfaction among University Students. *Journal of Nursing Science Benha University*, 3(2). 1053-1066. <https://doi.org/10.21608/jnsbu.2022.248844>
- Hernández, M., Horga, J., Navarro, C., Mira, A. (2020). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria*. <https://www.siquia.com/assets/uploads/2012/10/Guia-ansiedad.pdf>

- Hernandez, M. (2023). *Experiencia del Internado médico primer y tercer nivel de atención, Lima 2022 - 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres] Repositorio institucional Universidad de San Martín de Porres. <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/11990>
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clinical psychology psychotherapy*, 18(4), 314-321. <https://doi.org/10.1002/cpp.719>
- Hoying, J., Melnyk, B., Huntson, E., Tan, A. (2020). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Stress, Healthy Beliefs, and Lifestyle Behaviors in First-Year Graduate Health Science Students. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 49-59. <https://doi.org/10.1111/wvn.12415>
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual differences*, 76, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Kumar B., Shah M., Kumari R., Kumar A., Tahir A. (2019). Depression, Anxiety, and Stress Among Final-year Medical Students. *Pubmed*. <https://doi.org/10.7759/cureus.4257>
- Loayza, C. (2022). *Factores relacionados al nivel de satisfacción laboral en internos de medicina en el Hospital Goyeneche en el periodo 2021-2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d1a33633-80b2-4211-9e40-1ddab2b3a4a7/content>
- Luthar, S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00168>

- Lyness, J. (2022). Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. *Uptodate*.
<https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis>
- Maroto, M. (2022). La resiliencia como predictora del impacto negativo (depresión, ansiedad y estrés) del COVID-19 en médicos de atención primaria. *Medicina de Familia Semergen*, 48(7). <https://doi.org/10.1016%2Fj.semerg.2022.101813>
- Macías-Carballo M., Pérez-Estudillo C., López-Meraz L., Beltrán-Parrazal L., Morgado-Valle C.(2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Neurobiología*. <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019>
- Masten, A. S. (2001). Resilience come of age: Reflections on the past and outlooks for the next generation of researche. *APA Psycnet*. <https://psycnet.apa.org/record/1999-04168-014>
- Maza, E. y Carrión, M. (2023). Nivel de estrés, ansiedad, y depresión en estudiantes de enfermería de la universidad nacional de Loja. *Enfermería investiga*, 8(3). <http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v8i3.2107.2023>
- Ministerio de Salud (2011). *Norma Técnica de Salud categorías de establecimientos del Sector Salud*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294.pdf>
- Ministerio de Salud (2014). *Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de segundo nivel de atención*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3365.pdf>
- Ministerio de Salud (10 de junio 2021). *El 52.2% de limeños sufre de estrés debido a la pandemia de la COVID-19*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/499838>
- Ministerio de Salud (23 de abril de 2023). *Casos de afecciones de salud mental incrementaron casi 20 % durante el 2022*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/747822>
- Ministerio de Salud (14 de enero de 2024). *Servicios y categorías del primer nivel de atención de salud*. <https://www.gob.pe/16728-servicios-y-categorias-del-primer-nivel>
- Ministerio de Salud (12 de enero de 2024). *La depresión es uno de los trastornos de salud*

mental más frecuentes en el país.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion>

Moon, C. y Jeong, G. (2015). Alterations in white matter volume and its correlation with clinical characteristics in patients with generalized anxiety disorder. *Neuroradiology*, 57(11). <https://doi.org/10.1007/s00234-015-1572-y>

Muñoz, V. y De Pedro, F. (2005). Educar para la resiliencia: Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista complutense de educación*, 16(1), 107-24. <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view>

Nieto-Gutierrez, W., Taype-Rondan, A., Bastidas, F., Casiano-Celestino, R., Inga-Berrosipi, F. (2014). Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. *Acta Médica Peruana*, 33(2). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid

Olmedo-Gordon, R. y Cabezas-Mejía, E. (2021). Los niveles de estrés; diagnóstico teórico – práctico en los alumnos de la Carrera de Gastronomía del Instituto Universitario Internacional, en tiempos de Covid-19. *Revista científica Dominio de las Ciencias*, 7(4), 781-796. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8384040>

Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (20 de febrero de 2023). *Estrés*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Organización Mundial de la Salud. (27 de setiembre de 2023). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Ong, A. D., Bergeman, C., Bisconti, T., Wallace, K. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730-749. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730>

- Paula, I. (2005). Estudio de casos sobre el distrés laboral en profesionales de la educación especial. *MapfreMedicina*, 16(1), 36-51. <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART6972/casos.pdf>
- Perales, A., Sanchez, E., Barahona, L., Oliveros, M., Bravo, E., Aguilar, W., Ocampo, J., Pinto, M., Orellana, I., Padilla, A. (2019). Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1). <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15865>
- Quispe, H. (6 de abril de 2022). Durante el internado de medicina se forman los aspectos académicos y ético-morales. *Colegio Médico del Perú*. <https://www.cmp.org.pe/durante-el-internado-de-medicina-se-forman-los-aspectos-academicos-y-etico-morales/>
- Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. (2015). Escala de resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(40), 103-113. <https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R40/Art10.pdf>
- Sandoval, K., Morote-Jayacc, P., Moreno-Molina, M., Taype-Rondan, 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): S77-S84. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.005>
- Tapullima, C. y Chávez B. (2020). Escala de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21): propiedades psicométricas en adultos de la provincia de San Martín. *Revista Científica Digital de Psicología*, 11(1): 73-88. <https://www.researchgate.net/publication/351573458>

- Tempski, P., Santos, I., Mayer, F., Enns, S., Perotta, B., Paro, H., Gannam, S., Peleias, M., García, V., Baldassin, S., Guimaraes, K., Silva, N., Navarro, E., Tofoli, L., Silveira, P., Martins, M. (2015). Relationship among medical student resilience, educational environment and quality of life. *PloS one*, 10(6), e0131535. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131535>
- Trejo, B. y Trejo, J. (01 marzo 2009). Revisión de la etiología de la depresión [conferencia]. *Hospital General de zona con Medicina Familiar*. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/revision-de-la-etilogia-de-la-depresion>
- Van der Walt, M., Mabaso, W., Davids, E., De Vries, P.(2019). The burden of depression and anxiety among medical students in South Africa: A cross-sectional survey at the University of Cape Town. *The South African Medical Journal*, 110(1): 69-76. <https://doi.org/10.7196/samj.2019.v110i1.14151>
- Villalobos-Otayza, A., Vela-Alfaro, F., Wiegering-Gianoli, D., Robles-Alfaro, R. (2021). Nivel de resiliencia y síntomas depresivos en el internado médico en el Perú. *Educación Médica*, 22(1), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.006>
- Villazante, P. (2021). *Nivel de depresión y actitud ante la muerte en internos de medicina de la universidad Católica de Santa María, Arequipa, setiembre 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de Universidad Católica de Santa María.<https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/c394d19b-b870-4675-8e5c-d22f18f72101>
- Werner, E. (1989). High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American journal or Orthopsiquiatry*, 59(1): 72-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2467566/>
- Wu, L., Huang, M., Fann, C., Lane, H., Kuo, C., Chiu, W., Kwok, P., Cheng, A.(2021). Genome-wide association study of early-onset bipolar I disorder in the Han Taiwanese

population. *Translational psychiatry*, 11(1), 301. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01407-6>

You, J., Hu, S., Chen, B., Zhang, H. (2005). Serotonin transporter and tryptophan hydroxylase gene polymorphisms in Chinese patient with generalized anxiety disorder. *Psychiatric Genetics*.15(1):p 7-11. <https://doi.org/10.1097/00041444-200503000-00002>

IX. ANEXOS

ANEXO A. Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Método
<p>General</p> <p>¿Cuál es la correlación entre el grado de resiliencia y el nivel de estrés, ansiedad, y depresión en estudiantes de medicina del último año que realizan sus prácticas en el primer nivel de</p>	<p>General</p> <p>Determinar la relación entre el grado de resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024.</p> <p>Específicos</p> <p>- Determinar el grado de resiliencia en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de</p>	<p>Hipótesis alterna</p> <p>Se encuentra diferencia significativa entre el grado de resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión, estrés entre los estudiantes de medicina del último año que desempeñan sus funciones en el primer</p>	<p>Dependiente</p> <p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Estrés</p> <p>Independiente</p> <p>Establecimiento de salud</p> <p>Resiliencia</p> <p>Interviniente</p> <p>Sexo</p> <p>Edad</p>	<p>Diseño: No experimental, prospectivo y transversal</p> <p>Población: Internos de medicina realizaron su internado en el primer y tercer nivel de atención en el periodo de abril 2023- enero 2024 en Lima - Perú</p> <p>Muestra: 90 internos de medicina</p> <p>Muestreo: no probabilístico, ya que la selección se hará en base al</p>

<p>atención en contraste con los del tercer nivel de atención en Lima 2024?</p>	<p>Lima 2024.</p> <p>- Determinar el nivel de depresión en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024</p> <p>- Determinar el nivel de ansiedad en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024</p> <p>- Determinar el nivel de estrés en estudiantes de medicina del último año que realizan prácticas en el primer nivel de atención en contraste con</p>	<p>y tercer nivel de atención.</p> <p>Hipótesis nula</p> <p>No se encuentra diferencia significativa entre el grado de resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión, estrés entre los estudiantes de medicina del último año que desempeñan sus funciones</p>		<p>criterio del investigador.</p>
---	--	--	--	-----------------------------------

	los del tercer nivel de atención en la ciudad de Lima 2024	en el primer y tercer nivel de atención.		
--	--	--	--	--

ANEXO B. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable	Categorización
VARIABLE DEPENDIENTE			
DEPRESIÓN	Medido por la escala DASS-21	Ordinal	5-6: depresión leve 7-10: depresión moderada 11-13 depresión severa 14 o más, depresión extremadamente severa
ANSIEDAD	Medido por la escala DASS-21	Ordinal	4: ansiedad leve 5-7: ansiedad moderada 8-9: ansiedad severa 10 o más: ansiedad extremadamente severa.
ESTRÉS	Medido por la escala DASS-21	Ordinal	8-9: estrés leve 10-12: estrés moderado 13-16 estrés severo 17 o más: estrés extremadamente severo
VARIABLES INDEPENDIENTES			
RESILIENCIA	Medido por la escala de ER-14.	Ordinal	RESILIENCIA BAJA: 14-64 RESILIENCIA ALTA: 65-98

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Registrado en la ficha de recolección de datos	Nominal	1 NIVEL 3 NIVEL
VARIABLES INTERVINIENTES			
SEXO	Registrado en la ficha de recolección de datos	Nominal	Masculino Femenino
EDAD	Registrado en la ficha de recolección de datos	Cuantitativa	20 a 25 años 26 a 30 > 30 años

ANEXO C. Escala DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido

1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo

2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo

3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo

No.	Pregunta	Calificación			
1	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca	0	1	2	3
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11	Noté que me agitaba	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

ANEXO D. Escala de resiliencia de 14 ítems (ER-14)

De Wagnild y Young, 1993; se redujo a una versión RS-14 por Wagnild 2009; traducido y adaptado al español por Sánchez y Robles, 2015. El rango de calificación de la escala se coloca de 14 a 98 puntos.

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tienes sobre ti. Marca con una X la respuesta que más te identifica. Recuerda que no hay respuestas buenas o malas; por lo tanto, lee con mucha atención cada una de las preguntas y contesta lo más sinceramente posible. Opciones de respuesta: A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde (totalmente de desacuerdo) y a la izquierda (totalmente de acuerdo).

1= Totalmente en desacuerdo. 2= Muy en desacuerdo. 3= En desacuerdo. 4= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 5= De acuerdo. 6=Muy de acuerdo. 7=Totalmente de acuerdo.

No.	Pregunta	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Normalmente, me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
2	Me siento orgulloso de las cosas que he logrado.	1	2	3	4	5	6	7
3	En general, me tomo las cosas con calma.	1	2	3	4	5	6	7
4	Soy una persona con una adecuada autoestima.	1	2	3	4	5	6	7
5	Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
6	Soy resuelto y decidido.	1	2	3	4	5	6	7
7	No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado.	1	2	3	4	5	6	7
8	Soy una persona disciplinada.	1	2	3	4	5	6	7
9	Pongo interés en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10	Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
11	La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
12	En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
13	Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
14	Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO E: Consentimiento Informado

Estimado compañero(a), por medio de esta encuesta, se le invita cordialmente a participar de este estudio titulado “RESILIENCIA ASOCIADA AL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN INTERNOS DE MEDICINA DEL PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, LIMA, 2024

El propósito de este formulario de consentimiento es proporcionar a los participantes una explicación clara sobre la naturaleza del estudio, y su papel como participantes. La investigación está a cargo de Sárith Coronado Flores egresada de la Universidad Nacional Federico Villareal.

El objetivo de la investigación es identificar la relación entre el grado de resiliencia y los niveles de ansiedad, depresión y estrés en internos de medicina Humana que realizan prácticas en el primer nivel de atención, en contraste con los del tercer nivel de atención.

Esta investigación comprende a todos los estudiantes de medicina del último año de carrera, que hayan realizado el internado médico abril 2023- enero 2024.

Se solicita su consentimiento de manera voluntaria para formar parte de este estudio. Usted tiene la libertad de plantear cualquier pregunta relacionada con el estudio que considere necesaria. En caso de decidir participar, se le pedirá que complete este formulario de consentimiento, y responda a una serie de preguntas, lo cual le tomara 10 minutos aproximadamente, y será de forma anónima. La participación completamente voluntaria y la información que proporcione será tratada de manera confidencial respetando la privacidad de sus datos y utilizándolos únicamente con fines de investigación y/o académicos.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este proyecto, no dude en comunicarse en cualquier momento, a través del correo electrónico khrisa1998@gmail.com o al número de celular 925663815. Asimismo, tiene la opción de retirarse del estudio en cualquier momento, sin ningún tipo de compromiso. **¿Acepta participar en esta investigación?**

- Si acepto

- No acepto