

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN  
INTERNOS DE MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN  
TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 AREQUIPA – PERÚ 2022**

Tesis presentada por el Bachiller:

**Cárdenas Rodríguez, Alejandro Agustín**

Para optar por el Título Profesional de:

**Médico Cirujano**

Asesor:

**Dr. Alvarado Aco, José**

**Arequipa-Perú**

**2022**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**MEDICINA HUMANA**  
**TITULACIÓN CON TESIS**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 21 de Julio del 2022

**Dictamen: 007200-C-EPMH-2022**

Visto el borrador del expediente 007200, presentado por:

**2015195031 - CARDENAS RODRIGUEZ ALEJANDRO AGUSTIN**

Titulado:

**ANSIEDAD, DEPRESION Y CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS EN INTERNOS DE MEDICINA  
POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIA  
COVID 19 AREQUIPA ? PERú 2022**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1249 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA  
DICTAMINADOR**



**1592 - FUENTES CHICATA NANCY GEORGINA  
DICTAMINADOR**



**1823 - VARGAS OLIVERA GERMAN AUGUSTO  
DICTAMINADOR**



## DEDICATORIAS

*Esta tesis va dedicada a mi familia que siempre estuvo ahí, apoyándome a pesar de las dificultades y adversidades que se presentaban, como también a mis amigos que, a pesar de los años, mantuvimos aún grandes amistades que perduraran en el tiempo. Espero que con esta investigación se pueda, si quiera un poco, sacar a luz las dificultades que presentan los internos de medicina y concientizar a la población sobre la importancia de prever y fomentar un ambiente que permita gozar de un aprendizaje sin estrés innecesario que pueda provocar ansiedad y depresión en sus establecimientos.*



## AGRADECIMIENTO



*Un agradecimiento grande a las personas que participaron en el estudio, pues sin su colaboración esta investigación no habría sido posible, a mi familia que siempre me daba ánimos aun cuando la realización de esta investigación parecía tediosa y complicada, a mis docentes que me ayudaron en la corrección de los detalles y a pulir mejor la presentación y alcanzar, así, la meta establecida.*

*Gracias a la facultad de Medicina de la UCSM por permitirme realizar mis estudios en ella.*

## RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo general identificar los factores epidemiológicos, así como síntomas preponderantes, relevantes o frecuentes de ansiedad y depresión en internos de medicina ante su reingreso al ciclo del internado en tiempos de emergencia sanitaria COVID 19 – 2022.

La población de estudio comprendió a 87 internos de medicina de la UCSM que cumplieron con los criterios de selección. Se hizo uso de una encuesta virtual conteniendo las características epidemiológicas en cuestión, la escala auto aplicada para la evaluación de la ansiedad (EAEA) y la escala de Depresión de Zung (ZDS). Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de chi cuadrado con nivel de significancia del 5%.

Los resultados mostraron que, de los 87 internos encuestados, el 63.2% pertenecían al grupo etario que comprende de 25 a 28 años. El 67.8% de los internos encuestados son de sexo femenino, el 32,2% son de sexo masculino. El 98.9% son solteros. El 58.6% de los internos viven con su padre y madre,

En cuanto el consumo de alcohol, el 64.4% consumen alcohol mensualmente o menos, un 23,0% consumen alcohol 2 a 4 veces al mes. En cuanto al consumo de tabaco, se encontró que un 94,3% de internos refieren no ser fumadores.

En lo que respecta a la ansiedad, el 34,5% presento ansiedad psíquica leve, el 4,6% presento ansiedad moderada y el 1,1% presento ansiedad psíquica grave. De los encuestados el 14.9% presento ansiedad somática leve, el 4% ansiedad somática moderada, mientras en lo que respecta a la ansiedad general, el 14,9% tenía ansiedad general leve, y el 4.6% tuvieron ansiedad moderada.

En lo que respecta a depresión, el 65.6% presentaron depresión mínima, seguido del 24.1% con depresión moderada.

Después de aplicar la prueba estadística se determinó que identificar los factores epidemiológicos y síntomas preponderantes y la ansiedad no presentan relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ), excepto el estado civil. Tampoco se encontró relación estadística con la depresión, excepto con el sexo.

Según la prueba de chi cuadrado, los factores epidemiológicos y los síntomas preponderantes, relevantes o frecuentes de ansiedad y depresión no presentan relación estadística significativa excepto el estado civil con ansiedad y el sexo con depresión.

**PALABRAS CLAVE:** Ansiedad, depresión, características epidemiológicas, internos.



## ABSTRACT

This research has the general objective of identifying the epidemiological factors, as well as preponderant, relevant or frequent symptoms of anxiety and depression in medical interns before their re-entry to the internship cycle in times of health emergency COVID 19 - 2022.

The study population comprised 87 UCSM medical interns who met the selection criteria. A virtual survey was used containing the epidemiological characteristics in question, the self-applied scale for the evaluation of anxiety (EAEA) and the Zung Depression Scale (ZDS). For inferential statistics, the chi square test was applied with a significance level of 5%.

The results showed that, of the 87 interns surveyed, 63.2% belonged to the age group between 25 and 28 years old. 67.8% of the interns surveyed are female, 32.2% are male. 98.9% are single. 58.6% of inmates live with their father and mother,

Regarding alcohol consumption, 64.4% consume alcohol monthly or less, 23.0% consume alcohol 2 to 4 times a month. Regarding tobacco consumption, it was found that 94.3% of interns reported not being smokers.

Regarding anxiety, 34.5% presented mild psychic anxiety, 4.6% presented moderate anxiety and 1.1% presented severe psychic anxiety. Of those surveyed, 14.9% presented mild somatic anxiety, 4% moderate somatic anxiety, while regarding general anxiety, 14.9% had mild general anxiety, and 4.6% had moderate anxiety.

Regarding depression, 65.6% had minimal depression, followed by 24.1% with moderate depression.

After applying the statistical test, it was determined that identifying the epidemiological factors and preponderant symptoms and anxiety did not present a significant statistical relationship ( $P > 0.05$ ), except for marital status. No statistical relationship was found with depression, except with gender.

**KEY WORDS:** Anxiety, depression, epidemiological characteristics, internal.

## ÍNDICE

DEDICATORIAS .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEORICO.....	3
1. Problema de investigación .....	4
1.1. Determinación del Problema de investigación.....	4
1.2. Enunciado del problema: .....	6
1.3. Descripción del problema .....	6
1.3.1. Área del conocimiento.....	6
1.3.2. Análisis u operalización de variables e indicadores.....	6
1.3.3. Interrogantes básicas .....	7
1.3.4. Tipo de investigación: .....	7
1.3.5. Diseño de investigación:.....	7
1.3.6. Nivel de investigación .....	7
1.4. Justificación del problema .....	8
1.4.1. Justificación científica .....	8
1.4.2. Justificación Social.....	8
1.4.3. Factibilidad .....	8
1.4.4. Justificación personal .....	8
2. Objetivos.....	9
2.1. Objetivo general: .....	9
2.2. Objetivos específicos:.....	9
3. Marco Teórico .....	10
3.1. Conceptos básicos .....	10
3.1.1. Ansiedad .....	10
3.1.2. Depresión.....	15
3.2. Revisión de Antecedentes investigativos.....	18

3.2.1. Antecedentes nacionales:.....	18
3.2.2. Antecedentes internacionales.....	20
4. Hipótesis .....	24
<b>CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....</b>	<b>25</b>
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	26
1.1. Técnicas .....	26
1.2. Instrumentos.....	26
1.3. Materiales: .....	26
2. Campo de verificación:.....	26
2.1. Ámbito .....	26
2.2. Unidades de estudio.....	26
2.2.1. Universo.....	26
2.2.2. Tamaño de la muestra.....	26
2.2.3. Procedimiento del muestreo.....	27
2.3. Temporalidad: .....	27
3. Estrategias de recolección de datos:.....	27
3.1. Organización:.....	27
3.2. Recursos.....	27
3.2.1. Humanos:.....	27
3.2.2. Materiales: .....	27
3.2.3. Financieros.....	28
3.3. Validación del instrumento.....	28
3.4. Criterios para manejo de resultados .....	28
<b>CAPITULO III RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>59</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>63</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>69</b>

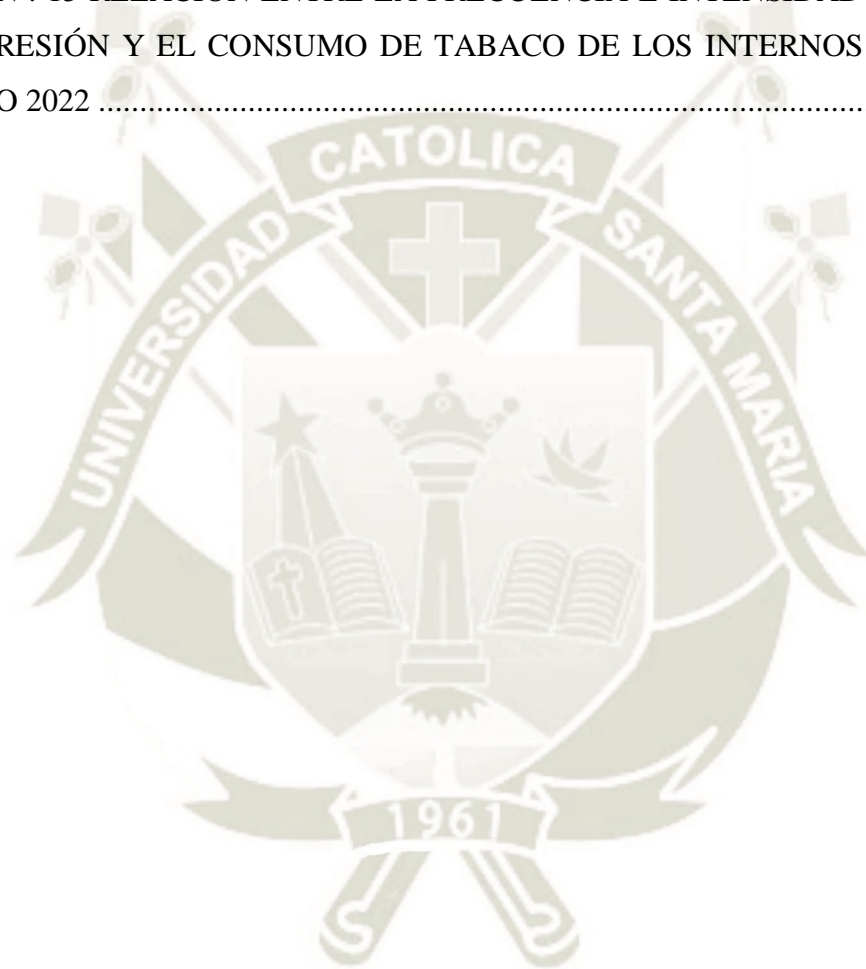
ANEXO 1 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	70
ANEXO 2 ESCALA AUTOAPLICADA DE ANSIEDAD DE HAMILTON .....	71
ANEXO 3 ESCALA DE AUTOEVALUACION DE DEPRESION DE ZUNG.....	72
ANEXO 4 MATRIZ DE DATOS .....	73



## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°. 1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS INTERNOS DE MEDICINA QUE REALIZAN SUS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL AÑO 2022 .....	30
TABLA N°. 2 FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	31
TABLA N°. 3 FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN (SOMÁTICOS Y COGNITIVOS) EN INTERNOS DE MEDICINA QUE REALIZAN PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL AÑO 2022 .....	33
TABLA N°. 4 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y LA EDAD DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022....	35
TABLA N°. 5 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y EL SEXO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022.....	37
TABLA N°. 7 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	41
TABLA N°. 8 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022.....	43
TABLA N°. 9 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y EL CONSUMO DE TABACO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	45
TABLA N°. 10 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y LA EDAD DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022	47
TABLA N°. 11 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y EL SEXO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022	49
TABLA N°. 12 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO CIVIL DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	51

TABLA N°. 13 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	53
TABLA N°. 14 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	55
TABLA N°. 15 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y EL CONSUMO DE TABACO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	57



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°. 1 FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	32
GRÁFICO N°. 2 FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN (SOMÁTICOS Y COGNITIVOS) EN INTERNOS DE MEDICINA QUE REALIZAN PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL AÑO 2022 .....	34
GRÁFICO N°. 3 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y LA EDAD DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022	36
GRÁFICO N°. 4 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y EL SEXO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022	38
GRÁFICO N°. 5 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y EL ESTADO CIVIL DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	40
GRÁFICO N°. 6 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	42
GRÁFICO N°. 7 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	44
GRÁFICO N°. 9 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y LA EDAD DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022	48
GRÁFICO N°. 10 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y EL SEXO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022	50
GRÁFICO N°. 11 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO CIVIL DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	52
GRÁFICO N°. 12 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....	54

GRÁFICO N°. 13 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....56

GRÁFICO N°. 14 RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y EL CONSUMO DE TABACO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL AÑO 2022 .....58



## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son definidos como un deterioro del funcionamiento psicológico, y que son desviados de lo que vendría a ser definido como “parámetros de lo normal” dentro de una sociedad activa. Esto produce un deterioro en el ámbito laboral, académico y, quizás más importante aún, pérdida de bienestar psicosocial del individuo.

Uno creería que sería menos probable encontrar esta clase de padecimientos en personal de salud, especializado o no, tales como los internos de medicina, pero justamente en el internado médico es donde los alumnos demuestran sus competencias en una institución hospitalaria, lo cual puede causar ansiedad e inclusive, depresión. Se busco explorar esta posibilidad y corroborar cuales son los síntomas más preponderantes en trastornos de ansiedad y depresión que puedan manifestar los internos de Medicina Humana, sobre todo ante la pandemia actual de COVID-19.

“La depresión y los trastornos de ansiedad generan discapacidad y afectan a más de 260 millones de personas a nivel mundial. Diversos estudios advierten de una mayor prevalencia de estos trastornos en estudiantes de medicina, los cuales enfrentan situaciones de estrés y dificultades, que suelen acentuarse durante su internado” (1).

“La ansiedad es una respuesta anticipatoria de un daño o desgracia futura acompañada de un sentimiento de disforia desagradable, síntomas somáticos de tensión o conductas evitativas. Constituye una respuesta habitual ante situaciones estresantes, que cuando sobrepasan cierta intensidad o duración, o superan la capacidad adaptativa de la persona, provocan malestar o deterioro significativo con síntomas físicos y psicológicos, considerándose en este caso una patología. Es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria y es el problema de salud mental más prevalente. La mayoría de las veces se presenta con síntomas muy inespecíficos, que se pueden enmascarar somáticamente y en casi la mitad de los casos no es diagnosticado correctamente”(2).

“La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Las personas con depresión suelen presentar varios de los siguientes síntomas: pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio” (3).

Estos trastornos psiquiátricos tienen una especial prevalencia en los estudiantes de medicina y médicos, teniendo inclusive una tendencia a un mayor riesgo suicida, y en muchos casos la búsqueda de ayuda resulta un esfuerzo difícil.

Esta situación se ve exacerbada por el internado médico (que constituye la etapa final de pregrado para la carrera de medicina humana, antes de su graduación como médicos-cirujanos), donde el objetivo principal viene a ser el de tener a cargo pacientes hospitalizados y tener la oportunidad de atender a dichos pacientes bajo una supervisión de un médico asistente. Esto supone una etapa de suma importancia en la interacción con pacientes, pero también genera una serie de dificultades, tanto en los cambios actitudinales de los internos como los conflictos a los que se enfrentan, como lo que vendría a ser sobrecargas laborales, hostigamiento y agresiones verbales y físicas, lo cual repercute, evidentemente en la salud mental de los internos. Las consecuencias de una salud mental deteriorada por los mencionados problemas pueden traducirse académicamente como un desempeño pobre, una calidad de atención inferior hacia los pacientes y una disminuida satisfacción profesional a futuro.





# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEORICO**

## 1. Problema de investigación

### 1.1. Determinación del Problema de investigación

“Según la organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (4).

“La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo conocido para la salud mental de las personas y comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de pobreza y en particular el bajo nivel educativo” (5).

“La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física, y a las violaciones de los derechos humanos” (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en enero de 2020, declaró el brote de este nuevo padecimiento, al cual denominó: la enfermedad COVID-19. Desde entonces fue identificada como una emergencia internacional de salud pública, debido al elevado riesgo de propagación de esta enfermedad a otros países del mundo, además de China. En marzo de 2020, dicha organización decidió identificar a la COVID-19 como una pandemia (7).

“La pandemia por COVID-19 ha provocado no solo consecuencias en la salud física de las personas contagiadas y un elevado número de muertes en todo el mundo, sino que ha tenido (está teniendo) importantísimas consecuencias en los ámbitos social y económico, tanto a nivel mundial como local. Los problemas de salud física, el aislamiento, la falta de contacto social, la dificultad en la conciliación con la vida personal, los cambios de hábitos, los problemas laborales... empiezan a “pasar factura” a la salud mental de la población. A esta situación crítica de aumento de la demanda en la atención a la salud mental (que algunos ya denominan `la cuarta ola`), se suma que, según la OMS, el 93% de los países ha visto cómo la pandemia paralizaba o afectaba a sus servicios de salud mental, ya de por sí lastrados por un déficit crónico de financiación” (8).

“Además, existen grupos de población específicos que padecen niveles elevados de angustia psicológica en relación con la COVID-19. El personal sanitario de primera línea y los integrantes de los equipos de respuesta inicial han estado expuestos a numerosos factores estresantes; es esencial velar por la buena salud mental de los trabajadores sanitarios para mantener la preparación, la respuesta y la recuperación con respecto a la COVID-19” (9).

Los trabajadores de salud pueden experimentar factores de estrés particulares, tales como la estigmatización por trabajar con pacientes del virus COVID-19 y poder contagiar a familiares o amigos; medidas estrictas de bioseguridad; mayor demanda en el entorno laboral; capacidad reducida para beneficiarse del apoyo social debido a los intensos horarios laborales; capacidades de personal o energía insuficientes para implementar la auto asistencia básica, etc.

“La presencia de síntomas depresivos y ansiosos en los estudiantes de medicina es un fenómeno que se ha observado en una serie de estudios llevados a cabo en diferentes países del mundo. Se sabe que los estudiantes de medicina tienen con mayor frecuencia síntomas depresivos (12.9%) en comparación con la población general, siendo estos síntomas más comunes en las mujeres que en los hombres (16.1 vs 8.1%)<sup>1</sup>. La prevalencia de depresión que ha sido reportada entre los estudiantes de medicina va desde un 2 hasta un 35% y se piensa que los factores estresantes que acompañan a la carrera de medicina, como la falta de sueño, pacientes difíciles o cargas importantes de trabajo, son un factor de riesgo para sufrir depresión o ansiedad” (10).

La escala auto aplicada para la evaluación de la ansiedad (EAEA) es una escala que está compuesta por 14 ítems, cada uno correspondiente a un conjunto de manifestaciones de la ansiedad. El paciente asigna una puntuación de 0 a 4 en función de la frecuencia e intensidad en lo que se presentan los síntomas, es una escala con la que el paciente se puede autoevaluar (9).

La escala de Depresión de Zung (ZDS) se centra en los síntomas somáticos y cognitivos de depresión y permite identificar los síntomas de la enfermedad, mas no la intensidad de esta (8).

Por ello, investigar la sintomatología de ansiedad y depresión, junto con las características epidemiológicas presentes en internos de medicina es fundamental para

que, oportunamente, se pueda identificar la enfermedad y derivarla para un tratamiento oportuno y prevenir sus posibles complicaciones a futuro.

## 1.2. Enunciado del problema:

Ansiedad, depresión y características epidemiológicas en internos de medicina por su reingreso al ciclo del internado en tiempos de emergencia sanitaria COVID 19 Arequipa – Perú 2022.

## 1.3. Descripción del problema

### 1.3.1. Área del conocimiento

#### 1.3.1.1. Área General

Ciencias de la Salud

#### 1.3.1.2. Área específica

Medicina Humana

#### 1.3.1.3. Especialidad

Psiquiatría

### 1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

Variables	Indicador	Sub Indicador
Características Epidemiológicas	Edad	20 – 24 años, 24 – 28 años, >28 años
	Sexo	Masculino, Femenino
	Estado Civil	Soltero, Casado, Viudo, Divorciado
	Persona con quien vive	Padre, Madre, Padre y Madre, solo, otros
	Frecuencia de consumo de alcohol	Nunca, Mensualmente o menos, 2 – 4 veces al mes, 2 – 3 veces a la semana, 4 o más veces a la semana
	Frecuencia de consumo de tabaco	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia, Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios, Fumador moderado: fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios,

		Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio
Ansiedad	Escala Autoevaluada de Ansiedad (EAEA)	Nunca, Algunas Veces, Regular/Varias Veces, Casi Siempre, Siempre
Depresión	Escala de Depresión de Zung	Poco tiempo, Algo del tiempo, Una buena parte del tiempo, La mayor parte del tiempo

### 1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022?
- ¿Cuál es la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad en los internos de medicina del año 2022?  
¿Cuál es la frecuencia de síntomas de Depresión (Somáticos y Cognitivos) en internos de medicina que realizan prácticas clínicas en el año 2022?
- ¿Qué características epidemiológicas de los internos de medicina se relacionan con síntomas de ansiedad?
- ¿Qué características epidemiológicas de los internos de medicina se relacionan con síntomas de depresión?

### 1.3.4. Tipo de investigación:

De campo.

### 1.3.5. Diseño de investigación:

Cualitativo, Descriptivo.

### 1.3.6. Nivel de investigación

Nivel No Experimental, Transversal.

## **1.4. Justificación del problema**

### **1.4.1. Justificación científica**

El presente trabajo pretende contribuir al conocimiento e identificación de sintomatología relevante de enfermedades como la ansiedad y la depresión, junto con los factores epidemiológicos que puedan o no identificarse o asociarse en sujetos que padezcan de dichas enfermedades.

### **1.4.2. Justificación Social**

La pandemia, además de la enfermedad que genera por si sola, ha demostrado influenciar (hasta de manera indirecta) negativamente en la salud mental de las personas, particularmente en la de los internos de medicina humana, desencadenando o evidenciando condiciones de ansiedad o depresión y éstas podrían estar asociadas también a factores epidemiológicos propios de los internos en particular, perjudicando la calidad de vida y desempeño laboral de los mismos.

### **1.4.3. Factibilidad**

El presente estudio es factible porque con tan solo recopilación de datos epidemiológicos y encuestas de ansiedad y depresión podemos identificar los síntomas más prevalentes de dichas enfermedades, así como los factores epidemiológicos que podrían o no predisponer a que los sujetos de investigación padezcan dichas patologías.

### **1.4.4. Justificación personal**

Habiendo casos de personas cercanas a mí (compañeros estudiantes, amigos y familiares) que manifestaban síntomas de ansiedad y depresión durante los primeros meses de la pandemia y habiéndolos identificado tempranamente pudimos hacer algo al respecto, ya sea recomendarles algún profesional de la salud mental o darles pautas que pudieran seguir para neutralizar o mitigar sus síntomas, este hallazgo me hizo inclinarme a realizar una investigación con la misma temática.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general:

Identificar factores epidemiológicos, así como síntomas preponderantes, relevantes o frecuentes de ansiedad y depresión en internos de medicina ante su reingreso al ciclo del internado en tiempos de emergencia sanitaria COVID 19 – 2022.

### 2.2. Objetivos específicos:

- Identificar cuáles son las características epidemiológicas de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022.
- Establecer cuál es la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad en los internos de medicina del año 2022.
- Establecer cuál es la frecuencia de síntomas de Depresión (Somáticos y Cognitivos) en internos de medicina que realizan prácticas clínicas en el año 2022.
- Identificar qué características epidemiológicas de los internos de medicina se relacionan con síntomas de ansiedad.
- Identificar qué características epidemiológicas de los internos de medicina se relacionan con síntomas de depresión.

### 3. Marco Teórico

#### 3.1. Conceptos básicos

##### 3.1.1. Ansiedad

###### 3.1.1.1. Definición:

“Son considerados trastornos de ansiedad aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, como también alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura, es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar. Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situación que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, según la condición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir mas allá de los periodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o del miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes. Los trastornos de ansiedad (TA) son patologías mentales frecuentes que comúnmente pueden provocar sufrimiento y discapacidad, contribuyendo por ende a una carga significativa en tanto ámbitos sociales, laborales y por ende económicos” (11).

###### 3.1.1.2. Epidemiología internacional y nacional

“De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos de la depresión y la ansiedad afectan aproximadamente a una de cada tres personas y se han convertido en un problema serio de salud pública, constituyendo el 41.9% de los casos de incapacidad entre las mujeres y el 29.3% entre los hombres. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan, La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada en Estados Unidos es del 0,9% entre los adolescentes y del 2,9% entre los adultos en la comunidad, la

prevalencia anual del trastorno en otros países varía del 0,4 al 3,6%. El riesgo de por vida es del 9,0%. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los varones de experimentar un trastorno de ansiedad generalizada. Las personas de ascendencia europea tienden a experimentar el trastorno de ansiedad generalizada más frecuentemente que los individuos de ascendencia no europea, además las personas de los países desarrollados tienen más probabilidades que las personas procedentes de países no desarrollados de manifestar que han experimentado síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad a lo largo de su vida” (11).

### 3.1.1.3. Fisiopatología:

“Si bien la base de las teorías biológicas de la ansiedad debe buscarse en la obra de Darwin 1872 sobre la expresión de emociones en animales y en humanos, son los estudios de Cannon 1927 sobre el papel de la médula suprarrenal y la adrenalina y los de Selye 1956 sobre el estrés, las aportaciones más recientes. Sin embargo, la observación de que el ejercicio físico con elevación de lactato sódico provocaba crisis de angustia en pacientes ansiosos fue un hallazgo importante que estimuló la investigación en este campo. En 1967, Pitts y McClure demuestran que la administración intravenosa de lactato sódico provoca crisis de ansiedad en pacientes con antecedentes de ataques anteriores (95%) de forma significativamente más elevada que en normales (13%), lo que se ha relacionado con un mecanismo de anoxia y también con la estimulación noradrenérgica central. Posteriormente Nutt y Lawson, 1992, la provocación de crisis por inhalación de  $\text{CO}_2$  al 5% o por hiperventilación se ha relacionado con: hipersensibilidad de los quimiorreceptores respiratorios, alcalosis metabólicas, estimulación directa del locus coeruleus (LC) e hipoxia. En relación con estos datos, Klein 1993 ha sugerido la interesante hipótesis de la «falsa alarma de sofocación», según la cual los pacientes con crisis de angustia presentan anomalías en la sensibilidad a la presión parcial de  $\text{CO}_2$ , concretamente un umbral anormalmente bajo de detección de sofocación, es decir, una hipersensibilidad patológica a las señales de ahogo, lo que desencadena las crisis. Asimismo, la provocación de crisis por cafeína (inhibidor del receptor benzodiazepínico y de adenosina), yohimbina (antagonista alfa-2) e isoproterenol (agonista betaadrenérgico) y su bloqueo por clonidina (agonista

alfa-2) han sugerido la relación de la ansiedad patológica con los receptores adrenérgicos alfa-2 (y, por tanto, con el LC diencefálico, rico en neuronas noradrenérgicas) y, de forma menos convincente, con los receptores betaadrenérgicos Barlow, 2004. La implicación del sistema noradrenérgico en las respuestas de temor y angustia es importante a través del LC, que mantiene conexiones con el diencefalo y regiones frontales, como la amígdala, el córtex entorrinal y el hipotálamo, e implica a varios neurotransmisores y neuropéptidos, como el glutamato, el CRF, el GABA y la sustancia P. También se valora la implicación del sistema GABA-benzodiazepina (BZ), ampliamente distribuido en el hipocampo, la amígdala y el córtex frontal y occipital: a) acción terapéutica de las BZ centrada en la acción sobre amígdala e hipocampo, y b) anomalías en el receptor BZ, como reducción de la sensibilidad, acción ansiógena del flumazenilo (antagonista del receptor BZ) y disminución binding del receptor BZ en diversas áreas corticales. Cada vez se concede más importancia a la implicación del sistema serotoninérgico en la génesis de las crisis de angustia. La acción ansiógena del m-CPP y de la fenfluramina (agonistas 5-HT) y los efectos terapéuticos de los ISRS (inhibidores de la recaptación presináptica de 5-HT) implican al sistema 5-HT. Sin embargo, las conexiones entre LC y núcleos del rafe (ricos en neuronas 5-HT) sugieren que la ansiedad patológica estaría ligada a alteraciones del feedback 5-HT-NE por pérdida de la homeostasis Coplan y Lydiard, 1998. En definitiva, la atractiva hipótesis del LC ha sido reconceptualizada por Grove y cols. 1997 en función de las nuevas aportaciones, de forma que si bien se concede un lugar importante al LC, el papel central es ocupado por las estructuras amígdalo-hipocámpicas que mediatizan la activación, la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación. La implicación de la amígdala en la angustia y el condicionamiento del miedo, y su relación con estructuras como el hipotálamo, el LC, el tronco cerebral, el vago y la porción superior del eje HHA, son cada vez más notables e implican de manera clara a las funciones autonómicas y al CRF, que está relacionado, a su vez, con diferentes neurotransmisores (NE y 5-HT). Los estudios de neuroimagen, aunque escasos, señalan asimetrías parahipocámpicas y del córtex frontal, de forma que se detecta una mayor activación de los sistemas de evitación en el córtex frontal derecho que en el izquierdo. Investigaciones futuras deben precisar la naturaleza de estas asimetrías y el papel modulador que el córtex

prefrontal y el córtex orbitofrontal tiene sobre la amígdala. Gorman y cois. 1989 han sugerido un modelo neuroanatómico de los trastornos de ansiedad, revisado posteriormente Gorman y cois., 2000, según el cual el tronco cerebral, concretamente el LC, es el centro generador de las crisis de angustia; el sistema límbico es la zona en la que se ubica la ansiedad anticipatoria, y el córtex prefrontal, el habitáculo neuroanatómico de las conductas de evitación. Defienden una interrelación entre estas estructuras, que en los pacientes con crisis tienen, en su opinión, una vulnerabilidad genética. Desde un modelo general patogénico, Klerman y cois. 1993 han sugerido que en la región septohipocámpica se produce una intensa activación (bien de forma espontánea, por aumento de la actividad noradrenérgica en el LC y a través de las neuronas serotoninérgicas que llegan de los núcleos del rafe, o bien por disminución de la actividad inhibitoria del GABA, debido a alteración de los receptores benzodiazepínicos), que provoca un incremento de actividad en las vías eferentes que van al córtex, hipotálamo, tálamo e hipófisis anterior, lo que da lugar a la sintomatología propia de la crisis de angustia. Más recientemente, Coplan y Lydiard 1998 plantean un modelo más elaborado, en el que la génesis del pánico se relaciona con una perturbación del equilibrio entre sistemas de neurotransmisión (5-HT, NE, GABA y CRF) y cuyo sustrato neuroanatómico implica al córtex frontal y a estructuras subcorticales (amígdala o hipocampo). De forma más concreta, las teorías biológicas de las crisis de angustia (pánico) Martín Santos y Bulbena, 1994 implican a: a) estructuras temporolímbicas y amígdala; b) sistema septohipocámpico, influido por las vías 5-HT del rafe y los núcleos NE del tronco cerebral (LC), responsable de la conducta de inhibición, del aumento de vigilancia y de la hiperreactividad ante los estímulos, cuya activación ocasiona sintomatología ansiosa; c) LC, núcleo mesencefálico situado en la protuberancia, que produce la mayoría de la noradrenalina que se encuentra en el SNC, y, por tanto, se relaciona con conductas de alarma, miedo y despertar, y d) desde la perspectiva de los neurotransmisores, se ven implicados varios sistemas (hiperactivación de la noradrenalina, hipodensidad de los receptores betaadrenérgicos, hiperactivación de 5-HT o hipótesis gabaérgica que implica alteración del receptor benzodiazepínico)” (12).

#### **3.1.1.4. Manifestaciones clínicas y diagnóstico**

“Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. La característica esencial el trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado” (11).

#### **3.1.1.5. Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada**

“La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo de hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro. El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad significativa y una angustia que son independientes de los trastornos comórbidos, y la mayoría de los adultos no institucionalizados por este trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave” (11).

### 3.1.1.6. Escala Auto aplicada para la evaluación de la ansiedad (EAEA)

Es una escala que está compuesta por 14 ítems, cada uno correspondiente a un conjunto de manifestaciones de la ansiedad. El paciente asigna una puntuación de 0 a 4 en función de la frecuencia e intensidad en lo que se presentan los síntomas.

La suma de todos los ítems se valora de 0 (nunca) a 4 (siempre)

No Ansiedad: PT 0 – 14

Ansiedad leve: PT 15 – 28

Ansiedad moderada: PT 29 – 42

Ansiedad Grave: PT 43 – 56

También podemos obtener dos puntuaciones separadas:

Ansiedad psíquica: Suma de los ítems 1, 3, 5, 6

Ansiedad somática: Suma de los ítems 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 (26).

## 3.1.2. Depresión

### 3.1.2.1. Definición:

“La depresión es un trastorno del estado de ánimo que provoca un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés. Es un trastorno emocional que dificulta la interacción de la persona con su entorno, manifestándose sentimientos de tristeza y pérdida de interés en realizar actividades que antes se solía realizar. Este trastorno afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una serie de problemas físicos y emocionales. Dicha depresión suele ser una condición común que a menudo no es apropiadamente diagnosticada ni tratada; sin embargo, es más probable que los síntomas se reconozcan hoy en día más que en décadas pasadas. Sin embargo, suele ser infradiagnosticado en personas que vienen a ser personal de salud, entre ellos los internos de medicina, que se enfrentan diariamente a condiciones predisponentes de estrés y ansiedad que podrían exacerbar, provocar o inclusive producir un trastorno depresivo. Para recibir un diagnóstico de depresión, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas” (11).

### 3.1.2.2. Manifestaciones clínicas y diagnóstico:

“Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de los que está ausente, durante un periodo de 2 semanas y representa un cambio del funcionamiento previo.

Presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

1. Poco apetito o sobrealimentación
2. Insomnio o hipersomnias
3. Poca energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (11).

### 3.1.2.3. Fisiopatología:

“Aspectos fisiológicos: Éste es uno de los campos más fructíferos de la investigación biológica, aunque los hallazgos no son concluyentes. La hipótesis noradrenérgica de la depresión, que propugnó Schildkraut en 1965, según la cual los trastornos afectivos depresivos serían el resultado de un déficit central de noradrenalina (NA), es una de las más conocidas y admitidas. Diferentes datos apoyan la consistencia de esta teoría, especialmente la evidencia de que la acción antidepressiva-estimulante que puede conseguirse por diversas vías (antidepressivos, terapéutica electroconvulsiva, dopa, anfetaminas, salbutamol) incrementa el nivel de NA, mientras que la depresión-sedación está relacionada con sustancias (reserpina, a-metildopa, propranolol, a-metilparatirosina), que producen disminución o bloqueo de la NA central. La hipótesis indolamínica defendida por Coppen en 1965 es también importante y propugna en la depresión un déficit de serotonina (5-HT) en el que participa como elemento importante el transportador de serotonina Artigas, 1997. Los datos más importantes proceden del estudio del 5-HIAA (metabolito de la serotonina) en el LCR, medido directamente o a través de la prueba del probenecid (compuesto que bloquea la

salida del 5-HIAA fuera del LCR). En ambas situaciones, el 5-HIAA es bimodal, de forma que la disminución sólo ocurre en el 30-40% de los pacientes con depresión endógena, los que precisamente tienen más conductas autoagresivas. La mayoría de los trabajos han confirmado la relación del descenso de serotonina con el módulo sintomático suicidio-agresión-pérdida del control de impulsos. En sujetos con depresión grave, el descenso de 5-HIAA en LCR parece asociado a bajos valores de folato. Asimismo, alteraciones diversas del sistema 5-HT (disminución de 5-HT plaquetaria y plasmática, aumento de receptores 5-HT<sub>2</sub> postsinápticos en cerebro y plaquetas, disminución de binding 3H-imipramina en plaquetas y cerebro de suicidas, disminución de la respuesta de la prolactina a la fenfluramina y el triptófano) implican a la serotonina en los trastornos afectivos. Las recaídas depresivas producidas por dietas sin triptófano indican también un papel de la 5-HT y/o de otros neurotransmisores relacionados con la misma. Sin embargo, la serotonina está implicada en la regulación de varias funciones fisiológicas, aparte del humor (apetito, sueño, actividad sexual, dolor, ritmos cardíacos o temperatura), por lo que se han descrito trastornos de la 5-HT en una amplia variedad de patologías, además de los trastornos afectivos (trastornos obsesivos, conductas suicidas y heteroagresivas, trastornos de la alimentación, alcoholismo, crisis de angustia, trastornos atencionales, migraña, etc.). Falta, pues, una especificación nosológica en los trastornos de la 5-HT, que más bien pueden referirse a dimensiones psicopatológicas, como descenso del humor, incrementos de la ansiedad y desajustes de la agresividad o de los impulsos. Finalmente, cabe indicar que la persistencia de bajo 5-HIAA tras la recuperación clínica en un número importante de pacientes (50%) se ha interpretado como una predisposición básica (marcador de rasgo) a padecer el trastorno, aunque en algunos pacientes puede ser un evento bioquímico asociado a la situación clínica (marcador de estado)” (12).

#### **3.1.2.4. Consecuencias funcionales del trastorno de depresión mayor**

“Muchas de las consecuencias funcionales del trastorno depresivo provienen de los síntomas individuales. El deterioro puede ser muy ligero, de modo que muchas personas que interactúan con los individuos afectados no son conscientes de los síntomas depresivos. Sin embargo, el deterioro puede llegar hasta la incapacidad completa, de modo que el paciente deprimido va a ser incapaz de

atender sus necesidades básicas de autocuidado, o sufre mutismo o esta catatónico” (11).

### 3.1.2.5. Escala de autoevaluación para la depresión de Zung

La escala de depresión de Zung es un cuestionario auto aplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, teniendo gran peso los síntomas somáticos y cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y a síntomas psicomotores (10).

## 3.2. Revisión de Antecedentes investigativos

### 3.2.1. Antecedentes nacionales:

**“Nivel de Depresión y Características Demográficas en Internos de Medicina de Hospitales de Arequipa y Lima, 13. Atahualpa S, Gonzalo M. (2016)**

realizó un estudio prospectivo, de corte transversal en dos hospitales, uno ubicado en la ciudad de Arequipa: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y el otro ubicado en la ciudad de Lima: Hospital Sergio Bernales de Collique, se aplicó una ficha de recolección de datos donde se obtenía información sobre la edad y el género y como parte de él Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies para medir Depresión. La toma de datos se realizó durante el mes de Diciembre del 2016. Se encontró que en cuanto a las características demográficas, un 47.6% de participantes pertenecían al grupo etáreo mayoritario, comprendido entre 26 y 26 años. El sexo femenino fue superior, y las cuales fueron 57%. En el Hospital Honorio Delgado de Arequipa existió 5% de Depresión Mayor, 7.1% de una alta probabilidad de depresión, 14.3% de un probable episodio de Depresión Mayor. En el Hospital Sergio Bernales de Lima existió 1.4% de Depresión Mayor, 3% de una alta probabilidad de depresión, 13.3% de un probable episodio de Depresión Mayor. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el Hospital y el género ( $p > 0.05$ ), más si en cuanto a la edad ( $p < 0.05$ ). Concluyo que niveles de probable depresión en adelante consideran una frecuencia cercana a la tercera parte de la población evaluada de internos, no existiendo diferencias entre los hospitales de ambas ciudades. El objetivo del presente trabajo fue -comparar el nivel de depresión según la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en internos de medicina de las ciudades de Arequipa y Lima el 2016” (13).

**“Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque, Perú, Cesar Sanchez-Marin (2016)** realizo un estudio descriptivo transversal en tres universidades de Lambayeque, Perú, con el objetivo de describir los trastornos mentales más frecuentes en estudiantes de medicina. La población fue de 998 alumnos distribuidos según año de estudio académico, elegidos mediante muestreo consecutivo. Se utilizó el Test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) como tamizaje. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis bivariado exploratorio determinando razones de prevalencia con un IC 95%, usando  $\chi^2$  y el test de Fisher. Se usó el Software STATA versión 11 descriptivo transversal. Resultados: Se entrevistó un total de 284 alumnos, la media de edad fue de  $21,05 \pm 3,8$  años, 57,4% fueron mujeres, 98,2% solteros, 61% cursaban ciencias básicas, 6,7% tenían diagnóstico previo de depresión y 7,4% tenían diagnóstico previo de ansiedad; 140 estudiantes (49,07%) reportaron por lo menos un trastorno mental (TM). Los trastornos mentales con mayor prevalencia fueron episodio hipomaniaco (19,7%) y episodio depresivo (17,3%). En el análisis bivariado se encontraron asociaciones entre alguna forma de trastorno mental y edad, estudiar en una universidad privada y cursar estudios de ciencias básicas. Conclusiones: En estudiantes de medicina de Lambayeque se han encontrado prevalencias frecuentes de episodios hipomaniaco y depresivo mayor, y de riesgo suicida” (14).

**“Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de Covid-19, María M. Saravia-Bartra (2020)** refirió que la actual pandemia por un nuevo coronavirus (SARS-Cov-2) ha cobrado la salud y la vida de muchas personas mundialmente. Esto genera un impacto negativo en la salud mental del personal de salud, lo cual incluye a estudiantes de medicina y busco determinar el grado de ansiedad presente en estudiantes de medicina del primer año de una universidad privada, Lima-Perú. La muestra estuvo conformada por 57 estudiantes de una universidad privada en Lima-Perú. Se aplicó la escala para medir el Desorden de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7). Los datos fueron analizados mediante tablas de frecuencias y de contingencia, además se realizó el análisis bivariado aplicando las pruebas estadísticas  $\chi^2$  y T de Student. En cuanto a los resultados, el 75,4% de los estudiantes de medicina manifestaron algún grado de ansiedad. Se encontró

asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y ansiedad ( $p = 0,045$ ). Así mismo, no hubo asociación entre las variables edad y ansiedad ( $p = 0,058$ ). Como conclusión, los estudiantes de medicina de primer año evidenciaron niveles altos de ansiedad durante la actual pandemia, siendo las mujeres entre quienes la ansiedad se presenta con mayor frecuencia. Se hace oportuno el desarrollo de estrategias de intervención en los centros universitarios para el cuidado de la salud mental de los estudiantes de ciencias de la salud” (15).

**“Nivel de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociados a confinamiento social - Arequipa 2020, 16. Neyra G, Renán J. (2020)** Refirió que la depresión, ansiedad y estrés en los jóvenes universitarios han sido un tema de estudio a nivel mundial, no obstante, la información disponible sobre este tema es escasa, más aún relacionada al contexto que estamos viviendo actualmente, donde nos encontramos experimentando un confinamiento social a causa de la pandemia del COVID-19. Determinó los niveles de depresión, ansiedad y estrés asociados a confinamiento social en jóvenes universitarios de la ciudad de Arequipa. Desarrolló un estudio observacional transversal, se trabajó con 300 jóvenes universitarios de las distintas áreas de la UCSM, a quienes se les aplicó una encuesta donde se recogieron datos sociodemográficos y se incluyó la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21. Se procedió a realizar una matriz de sistematización de datos en el programa Microsoft Excel 2010 con la posterior realización de tablas y gráficos para la interpretación de resultados utilizando el paquete estadístico STATA 14. Se encontró que el 47.3% de jóvenes universitarios experimentó algún nivel de depresión, del mismo modo el 47.6% presentó síntomas de ansiedad, y finalmente el 44.3% presentó síntomas de estrés. Concluyó que no existe una asociación significativa entre los síntomas presentados y el confinamiento social” (16).

### 3.2.2. Antecedentes internacionales

**“Depresión, ansiedad y salud autopercebida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. Iván Gutiérrez Pastor, José Antonio Quesada Rico, Aaron Gutiérrez Pastor, Rauf Nouni García y María Concepción Carratala Munuera (2021)** buscaron estimar la prevalencia de ansiedad, depresión y estado de salud autopercebida de los estudiantes de medicina de la Universidad Miguel Hernández y analizar su asociación con diferentes variables sociodemográficas y del estilo de

vida. Para ello, se realizó un estudio descriptivo transversal de estudiantes de medicina de 1° a 6° curso de la Universidad Miguel Hernández de Elche durante el curso 2019-20. Se utilizó la Escala Visual Analógica (EVA) del European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D), la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), el estudio Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED), el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) y el Test de Fagerström. Todos los cuestionarios están validados en España. Para el análisis se ajustaron modelos logísticos multivariantes. Fueron encuestados 474 estudiantes. La tasa de respuesta global fue del 55,26%. Un 68,1% de la muestra eran mujeres. Se estimó una prevalencia de probable ansiedad del 54,9%, probable depresión del 60,9% y probable ansiedad o depresión del 73,3%. La salud autopercebida regular-mala-muy mala fue del 8,9%. Se detectó una asociación estadísticamente significativa con el sexo, la edad, el curso académico, el municipio de residencia, el tipo de alimentación, la actividad física y el consumo de tóxicos. Como conclusión, los estudiantes de medicina de la Universidad Miguel Hernández presentaron una prevalencia alta de probable ansiedad y depresión. Se observaron diferencias en función del sexo, curso académico, tipo de alimentación y consumo de tóxicos” (17).

**“Depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. Karen Arlethe Ruvalcaba Pedroza, Leivy Patricia González Ramírez, José María Jiménez Ávila (2021)** buscaron estimar la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en los estudiantes de medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey durante el aislamiento por la pandemia por COVID-19. Del 18 de mayo al 3 de junio del 2020, se realizó un estudio descriptivo y transversal a una muestra de estudiantes de medicina del Tecnológico de Monterrey Campus Guadalajara. Se recabaron datos sociodemográficos y se aplicó el cuestionario de salud general de Goldberg. 177 estudiantes formaron parte del estudio, 125 mujeres y 51 hombres de los 6 años académicos de la carrera, 98.9% se encontraba en aislamiento. Se encontró que 35.8% de los estudiantes presentó síntomas de ansiedad, y 8% de depresión. Se observó, además, una diferencia significativa entre los años académicos de los participantes ( $p=0.001$ ), con un mayor porcentaje de casos en el quinto año (81.8%). Como conclusión: La ansiedad en estudiantes de medicina del quinto año, fue

superior al resto de los evaluados. Este grupo de estudiantes estaba iniciando sus rotaciones en ámbitos clínicos, una etapa de formación de gran relevancia para esta población, y fue interrumpida por algunos meses por las autoridades de salud, con la intención de reducir la propagación del COVID-19 en estudiantes de pregrado. Es tarea de las autoridades de educación y salud, asegurar la calidad educativa y atender estas repercusiones psicológicas en los profesionales de salud en formación” (18).

**“Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. Yusvisaret Palmer-Morales, Roberto Prince-Vélez, Concepción Rosa Medina-Ramírez y Daniel Alexis López-Palmer (2017)** identificaron que los médicos internos de pregrado (MIPS), son propensos a sufrir trastornos de depresión. Traduciéndose en apatía, distraimiento, aislamiento, agresividad o cinismo y a una deficiente atención de los pacientes. Objetivo: Conocer la frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Mexicali, Baja California. Método: Estudio descriptivo y transversal, realizado en el Hospital General de Zona n.º 30 del IMSS, Mexicali, Baja California, universo de trabajo MIPS de la institución. Criterios de inclusión: MIPS adscritos al Hospital General de Zona n.º 30, que aceptaran participar en el estudio. Criterios de exclusión: que estuviera en tratamiento psiquiátrico, de vacaciones, incapacitados o ausentes el día que se les aplicó la escala de evaluación. Se consideraron los aspectos éticos, por medio de una carta de consentimiento informado. Instrumento de medición: escala de autoevaluación para la depresión de Zung. Análisis estadístico: medidas descriptivas de tendencia central, dispersión Programa estadístico SPSS 20. Resultados: Se estudiaron a 70 MIPS, correspondiendo 38 (54.3%) al sexo femenino, el promedio de edad fue de  $24.3 \pm 1.9$ , con una mínima 22, máxima 36 años (IC 95% 23.83 a 24.77). El sexo femenino fue el más frecuente con rasgos de depresión 14(20%) y durante la rotación por gineco-obstetricia 7(10%). Los MIPS de las universidades participantes fueron: Autónoma de Baja California 58(82.9%), Xochicalco (CEUX) 11(15.71%) y Sinaloa (UAS) 1(1.42%). La depresión mínima se presentó en 13(18.6%), depresión moderada en 7(10%) y 0% en depresión severa. La frecuencia de rasgos de depresión fue de 20 (28.6%). Conclusiones: La

frecuencia de rasgos de depresión en los MIPS fue de 20 (28.6%), predominando la depresión mínima (25%)” (19).

**“Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. José Benjamín Guerrero López, Gerardo Heinze Martin, Silvia Ortiz de León, Jacqueline Cortés Morelos, Virginia Barragán Pérez y Mónica (2013)** encontraron que existe una alta prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina que se han relacionado con factores sociodemográficos y académicos. Objetivo: Identificar los factores que predicen la presencia de síntomas depresivos de acuerdo con la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en estudiantes de primer año de medicina. Material y métodos: Se evaluó a 517 alumnos que cursaban el primer año de la carrera de medicina con los siguientes instrumentos: CES-D, inventario de estado y rasgo ansioso (STAI) y listado de factores estresantes. Se realizó un análisis de regresión lineal para detectar las variables que predicen altas puntuaciones en la CES-D. Resultados: Encontramos que la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, así como de factores estresantes, fue significativamente más frecuente en mujeres que en hombres. Los factores que predijeron depresión fueron la ansiedad de estado, los factores estresantes y el nivel socioeconómico bajo” (20).

#### 4. Hipótesis

Hipótesis Nula ( $H_0$ ): No existe relación significativa entre los factores epidemiológicos con síntomas preponderantes, relevantes o frecuentes de ansiedad y depresión en internos de medicina ante su reingreso al ciclo del internado en tiempos de emergencia sanitaria COVID 19 – 2022

Hipótesis Alternativa ( $H_1$ ): Existe relación significativa entre los factores epidemiológicos con síntomas preponderantes, relevantes o frecuentes de ansiedad y depresión en internos de medicina ante su reingreso al ciclo del internado en tiempos de emergencia sanitaria COVID 19 – 2022





## **CAPITULO II**

# **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## **1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación**

### **1.1. Técnicas**

En la presente investigación se aplicó la técnica de encuestas

### **1.2. Instrumentos**

El instrumento utilizado consistió en una ficha virtual de recolección de datos que contiene la prueba de Escala Auto aplicada para la evaluación de la ansiedad (EAEA), La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung y características epidemiológicas relevantes a la investigación.

### **1.3. Materiales:**

- Fichas virtuales de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos

## **2. Campo de verificación:**

### **2.1. Ámbito**

El estudio se realizó en Arequipa-Perú, en las sedes hospitalarias disponibles de la provincia y en las respectivas postas adjudicadas por los internos de medicina de la UCSM, Arequipa-Perú.

### **2.2. Unidades de estudio**

#### **2.2.1. Universo**

Internos de medicina del año 2022

##### **2.2.1.1. Criterios de inclusión**

Internos de medicina de la UCSM del año 2022

##### **2.2.1.2. Criterios de exclusión**

Internos de cualquier otra carrera de la UCSM

#### **2.2.2. Tamaño de la muestra**

87.

### 2.2.3. Procedimiento del muestreo

Voluntario

### 2.3. Temporalidad:

El estudio se realizó en el mes de junio de 2022, con datos actuales

## 3. Estrategias de recolección de datos:

### 3.1. Organización:

- Se invitó a participar de la investigación a todos los internos de medicina de la UCSM que cumplan con los criterios de inclusión
- Se les explicó en que consiste la investigación y se les indicó como responder la ficha virtual conteniendo las encuestas epidemiológicas, de ansiedad y depresión
- A los participantes se les hizo aceptar un consentimiento informado dentro de la ficha virtual en el que permite al investigador procesar la información obtenida
- El proceso se realizó hasta conseguir el número de muestra

### 3.2. Recursos

#### 3.2.1. Humanos:

- Investigador
- Asesor
- Internos que se ofrezcan voluntariamente a participar en el proyecto

#### 3.2.2. Materiales:

- Encuestas dentro de una ficha, distribuible virtualmente a los sujetos participantes de la investigación.
- Instrumentos de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

### 3.2.3. Financieros

- Autofinanciado

### 3.3. Validación del instrumento

Los instrumentos empleados en la ficha virtual son la prueba de Escala Auto aplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton, que es una herramienta fiable para detectar ansiedad en pacientes adultos y la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, cuyo índice Zung traduce una impresión clínica equivalente y está basado en resultados combinados de algunos estudios que compararon pacientes deprimidos y no deprimidos en el rango de edad de 20 a 64 años (26).

### 3.4. Criterios para manejo de resultados

- Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación con el programa SPSS versión 25.
- Se empleó el programa SPSS versión 25 como matriz de sistematización de datos en la que transcribieron los datos obtenidos en cada encuesta para facilitar su uso.
- Para el análisis estadístico se utilizó, mediante el SPSS v25, la prueba estadística de chi cuadrado (2).



## **CAPITULO III RESULTADOS**

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 1

Características epidemiológicas de los internos de medicina que realizan sus prácticas  
clínicas en el año 2022

Factores epidemiológicos	N°.	%
<b>Edad</b>		
20 a 24 años	28	32,2
25 a 28 años	55	63,2
> 28 años	4	4,6
<b>Sexo</b>		
Masculino	28	32,2
Femenino	59	67,8
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	86	98,9
Conviviente	1	1,1
<b>Con quien vive</b>		
Padre	2	2,3
Madre	15	17,2
Padre y madre	51	58,6
Solo	12	13,8
Otros	7	8,0
<b>Consumo de alcohol</b>		
Nunca	10	11,5
Mensualmente o menos	56	64,4
2 a 4 veces al mes	20	23,0
2 a 3 veces a la semana	1	1,1
<b>Consumo de tabaco</b>		
No fumador	82	94,3
Fumador leve	5	5,7
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia.

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022**

La Tabla N°. 1 muestra que el 63.2% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 tiene de 25 a 28 años, el 67.8% son de sexo femenino, el 98.9% son solteros, seguido del 58.6% de los internos que viven con su padre y madre, el 64.4% consumen alcohol mensualmente o menos, mientras que el 94.3% no consumen tabaco.

**Tabla N°. 2**

**Frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad en los internos de medicina del año 2022**

Ansiedad	A. psíquica		A. somática		Ansiedad General	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
No ansiedad	52	59,8	71	81,6	70	80,5
Leve	30	34,5	13	14,9	13	14,9
Moderada	4	4,6	3	3,4	4	4,6
Grave	1	1,1	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

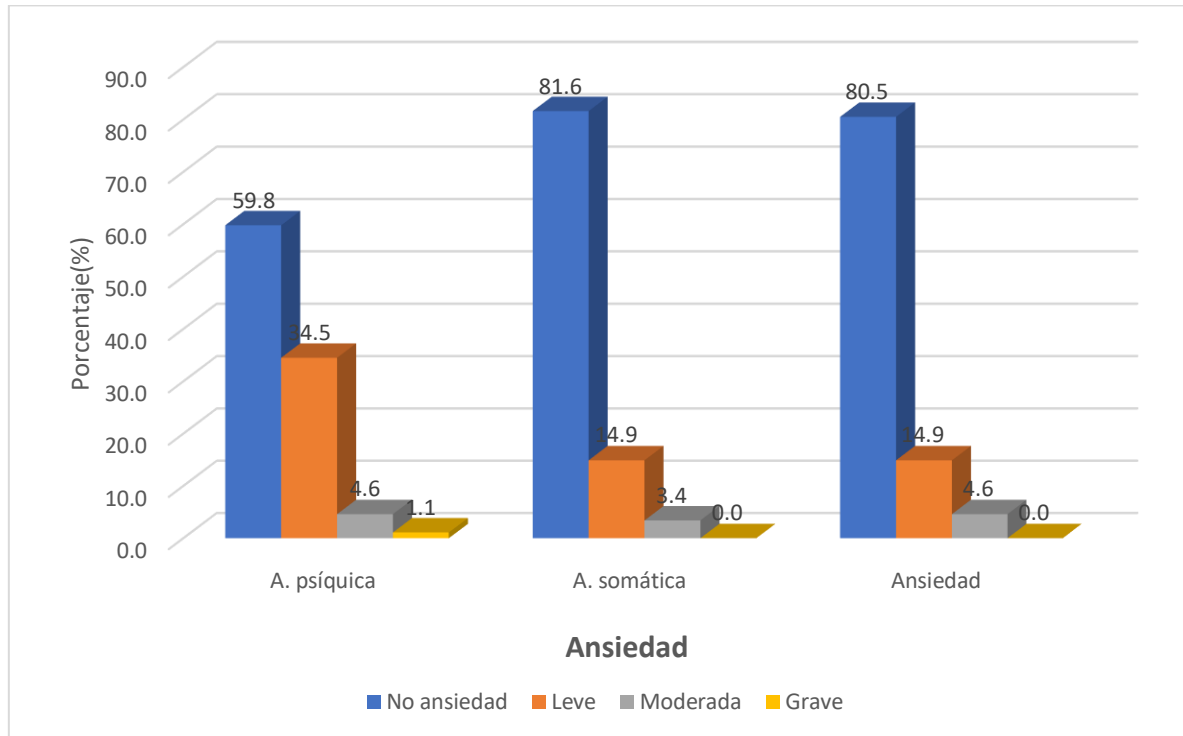
**Fuente: Elaboración Propia.**

La Tabla N°. 2 muestra que el 34,5% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 presentan ansiedad psíquica leve, el 4,6% presentan ansiedad psíquica moderada y un 1,1% presenta ansiedad psíquica grave, mientras que de ansiedad somática, el 14,9% tienen ansiedad somática leve, un 3,4% de los internos presentaron ansiedad somática moderada y en lo que respecta a ansiedad general, el 14,9% tuvo ansiedad leve, y el 4,6% presento ansiedad general moderada.

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022**

**Gráfico N°. 1**

**Frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad en los internos de medicina del año  
2022**



**Fuente: Elaboración Propia.**

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

**Tabla N°. 3**

**Frecuencia de síntomas de Depresión (Somáticos y Cognitivos) en internos de medicina que realizan prácticas clínicas en el año 2022**

<b>Depresión</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
No depresión	9	10,3
Mínima	57	65,6
Moderada	21	24,1
Severa	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

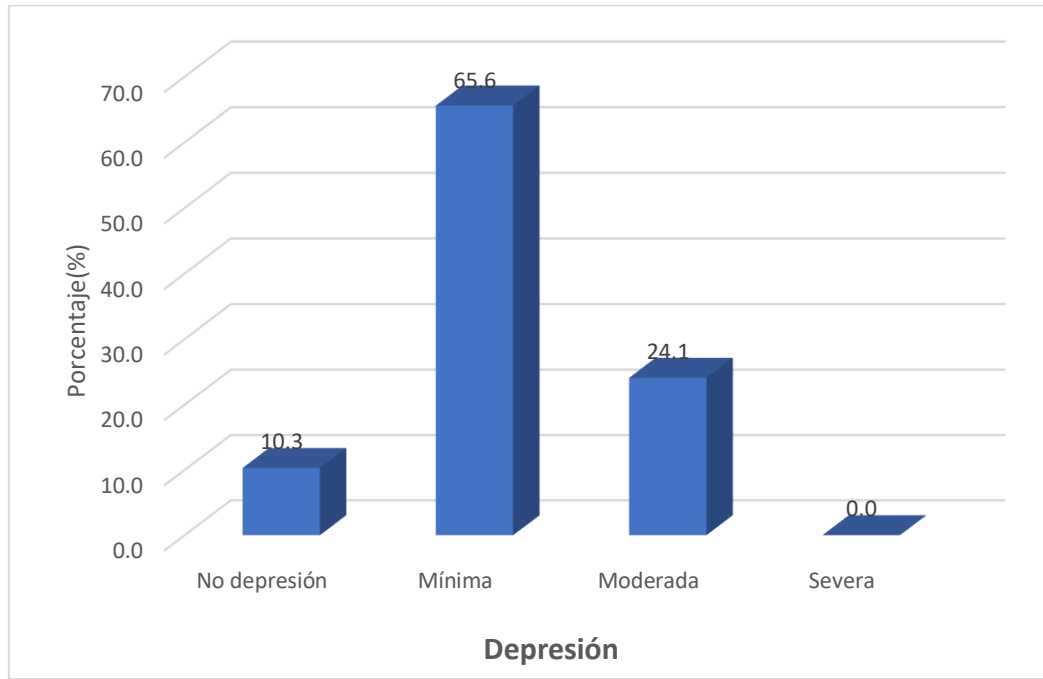
**Fuente: Elaboración Propia.**

La Tabla N°. 3 muestra que el 10,3% de internos no presentaron depresión, el 65.6% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 tienen depresión mínima, mientras que un 24,1% de ellos padecía de depresión moderada.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N°. 2

Frecuencia de síntomas de Depresión (Somáticos y Cognitivos) en internos de medicina  
que realizan prácticas clínicas en el año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 4

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y la edad de los  
internos de medicina del año 2022

Edad	Ansiedad									
	No ansiedad		Leve		Moderada		Grave		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
20 a 24 años	23	26,4	4	4,6	1	1,1	0	0,0	28	32,2
25 a 28 años	44	50,6	8	9,2	3	3,4	0	0,0	55	63,2
> 28 años	3	3,4	1	1,1	0	0,0	0	0,0	4	4,6
<b>TOTAL</b>	70	80,5	13	14,9	4	4,6	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=0.64 \quad P>0.05P=0.95$$

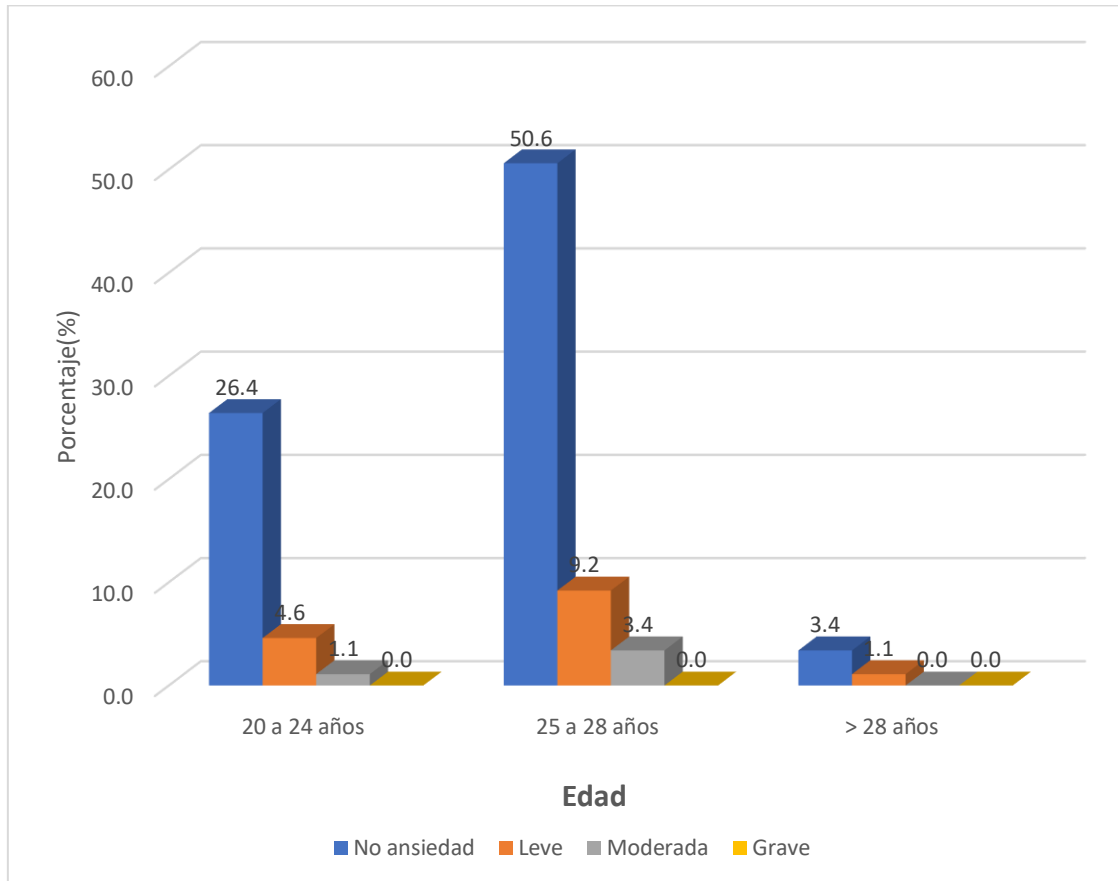
La Tabla N°. 4 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.64$ ) muestra que la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y la edad no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 4.6% de los internos con ansiedad leve tienen de 20 a 24 años, el 9,2% de los internos con ansiedad leve tienen entre 25 a 28 años y un 1,1% de los internos con ansiedad leve tienen más de 28 años conformando un total de 14.9% de internos con ansiedad leve. El 1,1% de los internos con ansiedad moderada tienen de 20 a 24 años, el 3,4% de internos con ansiedad moderada tienen entre 25 a 28 años siendo un total de 4,6% de los internos de medicina con ansiedad moderada.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N° 3

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y la edad de los  
internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 5

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el sexo de los  
internos de medicina del año 2022

Sexo	Ansiedad								TOTAL	
	No ansiedad		Leve		Moderada		Grave			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Masculino	23	26,4	4	4,6	1	1,1	0	0,0	28	32,2
Femenino	47	54,1	9	10,3	3	3,4	0	0,0	59	67,8
<b>TOTAL</b>	70	80,5	13	14,9	4	4,6	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=0.12 \quad P>0.05 \quad P=0.94$$

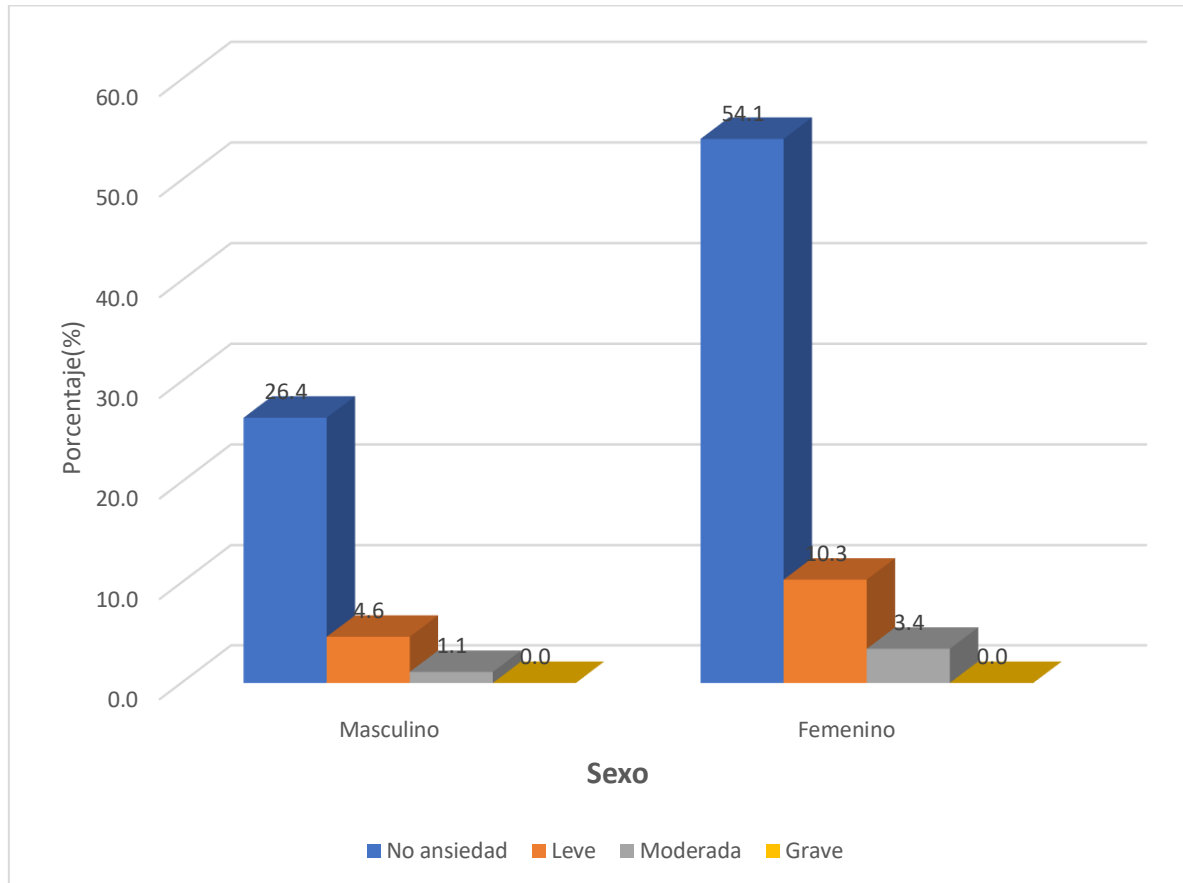
La Tabla N°. 5 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.12$ ) muestra que la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el sexo no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 4.6% de los internos con ansiedad leve son de sexo masculino, el 10,3% de internos con ansiedad leve son de sexo femenino, formando un total de 14,9% que presentan ansiedad leve. El 1,1% de internos de medicina que tiene ansiedad moderada son de sexo masculino, y el 3,4% de internos de medicina con ansiedad moderada son de sexo femenino, formando un total de 4,6% que presentan ansiedad moderada.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N°. 4

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el sexo de los  
internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 6

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el estado civil de los  
internos de medicina del año 2022

Estado Civil	Ansiedad								TOTAL	
	No ansiedad		Leve		Moderada		Grave			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Soltero	70	80,5	12	13,8	4	4,6	0	0,0	86	98,9
Conviviente	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1
<b>TOTAL</b>	70	80,5	13	14,9	4	4,6	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=5.75 \quad P<0.05P=0.05$$

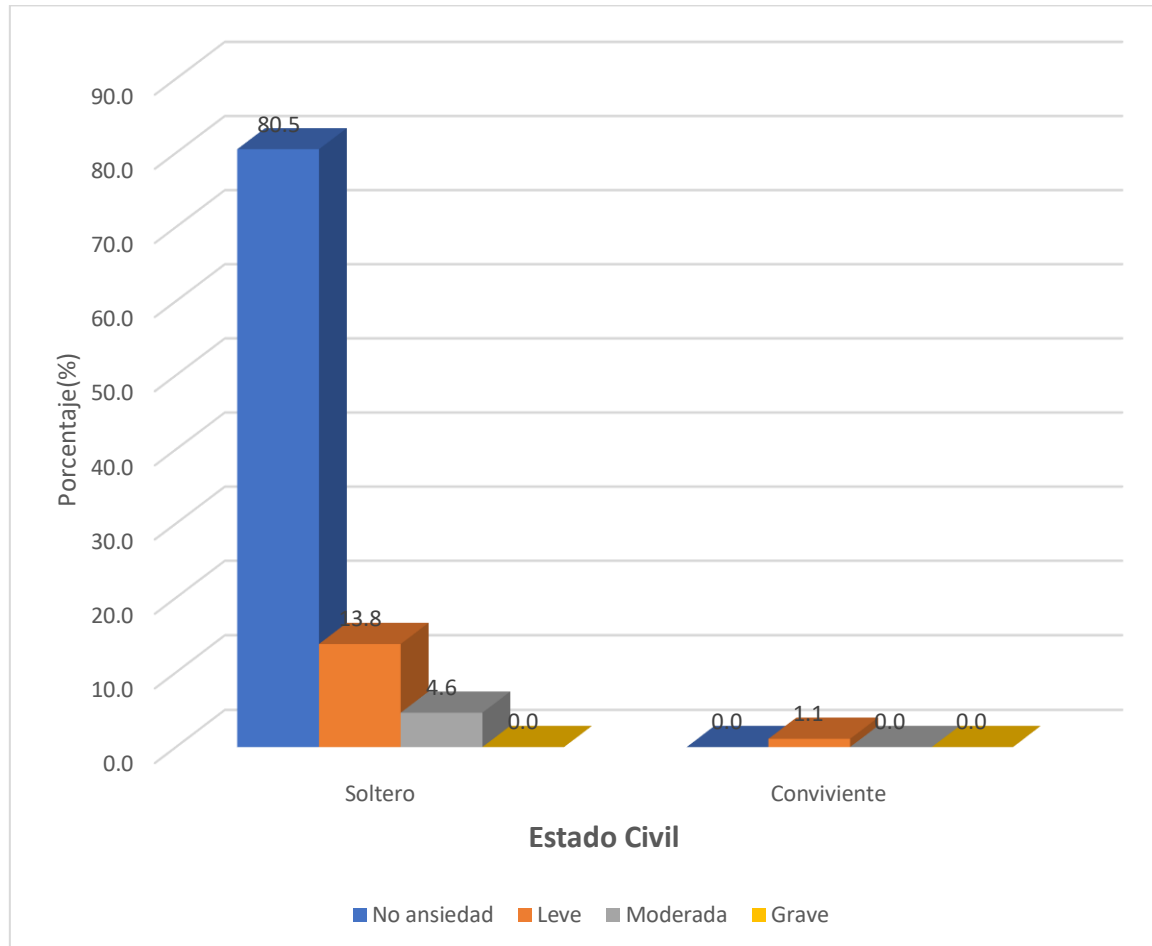
La Tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=5.75$ ) muestra que la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el estado civil presentan relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 80.5% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 que no presentan ansiedad son solteros, mientras que el 13,8% de internos que presentan ansiedad leve son solteros, el 4,6% de internos solteros tienen ansiedad moderada, mientras que el 1.1% de los internos con ansiedad leve son convivientes.

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022**

**Gráfico N°. 5**

**Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el estado civil de los internos de medicina del año 2022**



**Fuente: Elaboración Propia**

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 7

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y las personas con las que viven los internos de medicina del año 2022

Persona con quien vive	Ansiedad								TOTAL	
	No ansiedad		Leve		Moderada		Grave			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Padre	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,3
Madre	12	13,8	2	2,3	1	1,1	0	0,0	15	17,2
Padre y madre	41	47,1	7	8,0	3	3,4	0	0,0	51	58,6
Solo	10	11,5	2	2,3	0	0,0	0	0,0	12	13,8
Otros	5	5,7	2	2,3	0	0,0	0	0,0	7	8,0
<b>TOTAL</b>	70	80,5	13	14,9	4	4,6	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=2.74 \quad P>0.05 \quad P=0.95$$

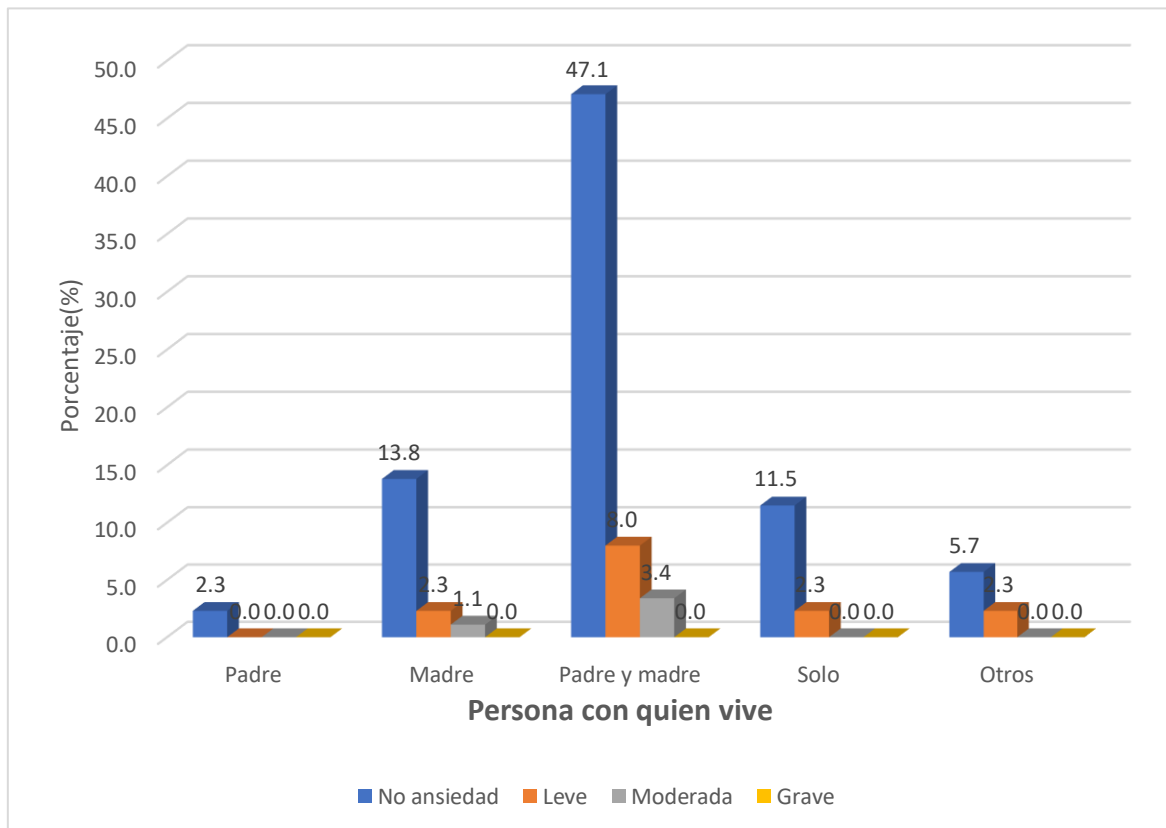
La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=2.74$ ) muestra que la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y las personas con las que vive no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 2.3% de los internos con ansiedad leve viven solos, 2,3% de internos con ansiedad leve viven con su madre y un 8,0% de internos con ansiedad leve viven con su padre y su madre. Por otro lado, un 1,1% de internos con ansiedad moderada viven solo con su madre y un 3,4% de internos con ansiedad moderada viven con su padre y madre.

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022**

**Gráfico N°. 6**

**Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y las personas con las que viven los internos de medicina del año 2022**



**Fuente: Elaboración Propia.**

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 8

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el consumo de alcohol de los internos de medicina del año 2022

Consumo de alcohol	Ansiedad								TOTAL	
	No ansiedad		Leve		Moderada		Grave			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Nunca	7	8,0	3	3,4	0	0,0	0	0,0	10	11,5
Mensualmente o <	44	50,6	10	11,5	2	2,3	0	0,0	56	64,4
2 a 4 veces al mes	18	20,7	0	0,0	2	2,3	0	0,0	20	23,0
2 a 3 veces semana	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>80,5</b>	<b>13</b>	<b>14,9</b>	<b>4</b>	<b>4,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=7.31 \quad P>0.05P=0.29$$

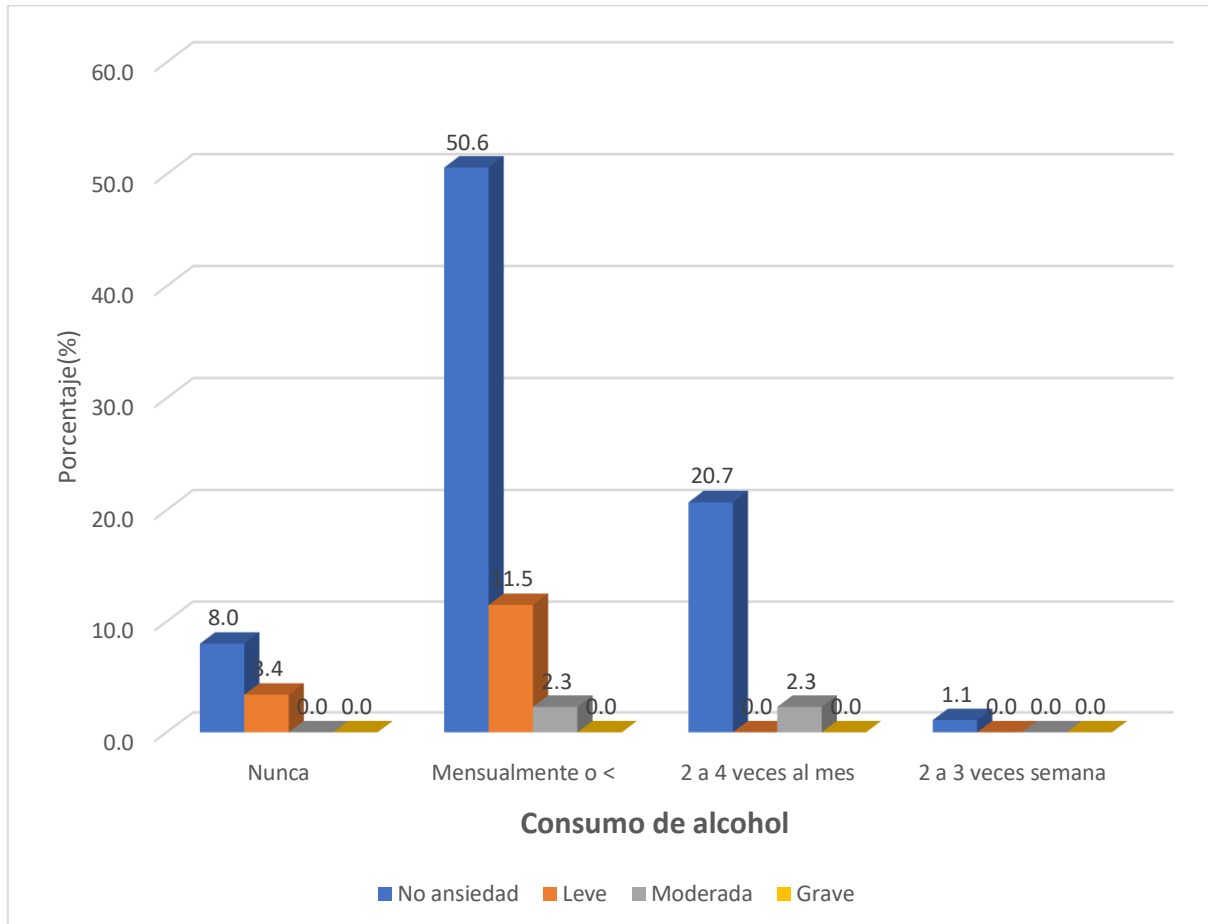
La Tabla N°. 8 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=7.31$ ) muestra que la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el consumo de alcohol no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 3.4% de los internos con ansiedad leve no consumen alcohol, 11,5% de internos con ansiedad leve consumen alcohol mensualmente o menos y por último, de los internos de medicina con ansiedad moderada, 2,3% de estos consumen alcohol mensualmente o menos y 2,3% de internos consumen alcohol 2 a 4 veces al mes.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N° 7

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el consumo de alcohol de los internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 9

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el consumo de tabaco de los internos de medicina del año 2022

Consumo de tabaco	Ansiedad								TOTAL	
	No ansiedad		Leve		Moderada		Grave			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
No fumador	66	75,9	12	13,8	4	4,6	0	0,0	82	94,3
Fumador leve	4	4,6	1	1,1	0	0,0	0	0,0	5	5,7
<b>TOTAL</b>	70	80,5	13	14,9	4	4,6	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=0.33 \quad P>0.05 \quad P=0.84$$

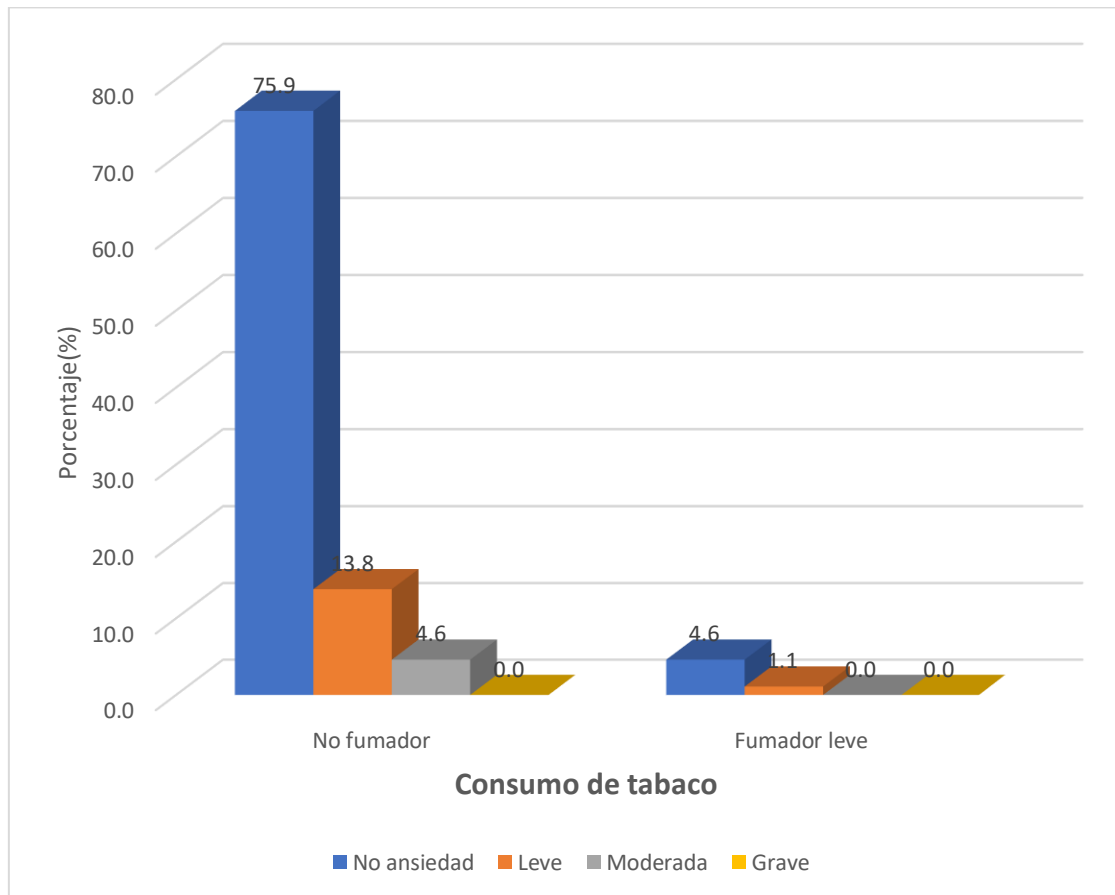
La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.33$ ) muestra que la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el consumo de tabaco no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 75.9% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 que no presentan ansiedad no son fumadores, un 4,6% de internos que no presentan ansiedad son fumadores leves, mientras que el 13,8% de los internos con ansiedad leve no son fumadores, el 1,1% de los internos con ansiedad leve son fumadores leves, mientras que el 4,6% de internos con ansiedad moderada son fumadores leves.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N° 8

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el consumo de tabaco de los internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 10

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y la edad de los  
internos de medicina del año 2022

Edad	Depresión									
	No depresión		Mínima		Moderada		Severa		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
20 a 24 años	3	3,4	22	25,3	3	3,4	0	0,0	28	32,2
25 a 28 años	6	6,9	32	36,8	17	19,5	0	0,0	55	63,2
> 28 años	0	0,0	3	3,4	1	1,1	0	0,0	4	4,6
<b>TOTAL</b>	9	10,3	57	65,5	21	24,1	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=4.80 \quad P>0.05P=0.30$$

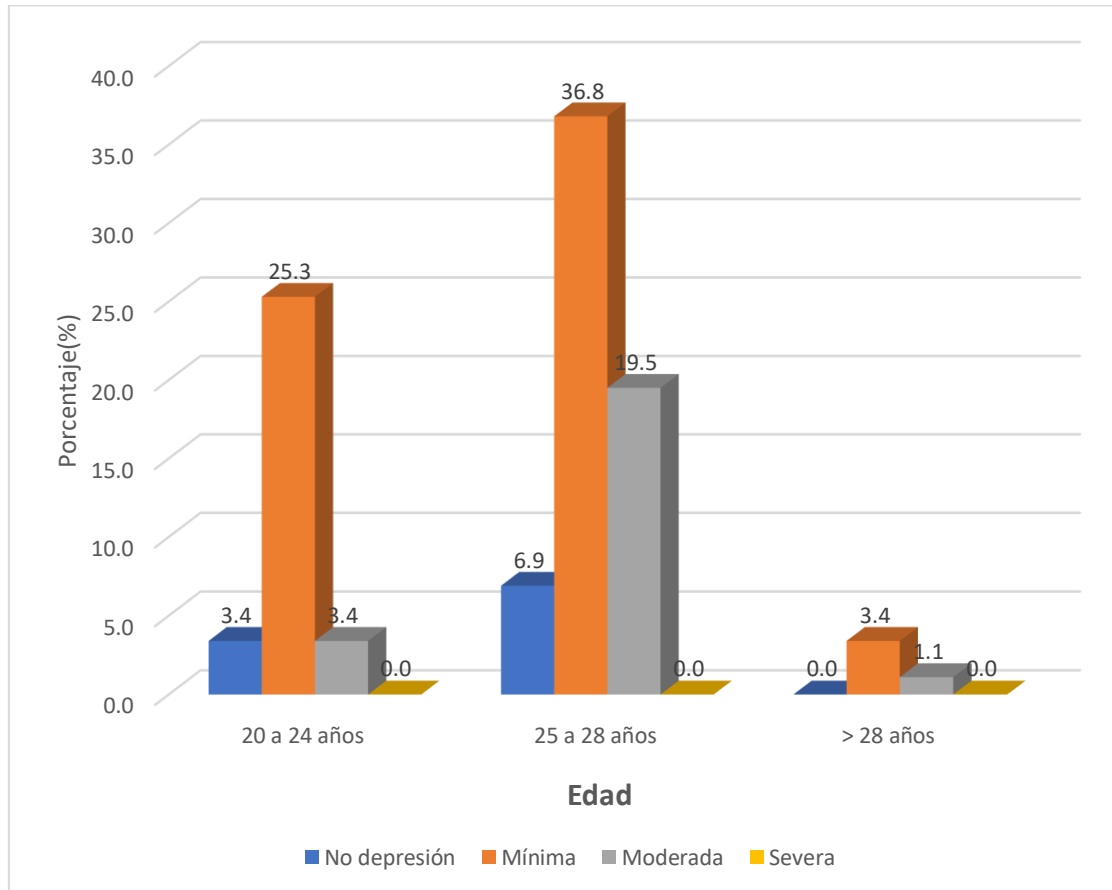
La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=4.80$ ) muestra que la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y la edad no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 25,3% de internos que presentan depresión mínima tienen entre 20 a 24 años, el 36.8% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 con depresión mínima tienen de 25 a 28 años, mientras que el 3.4% de los internos con depresión mínima tienen más de 28 años. En cuanto a depresión moderada, se encontró que el 3,4% de internos con depresión moderada tenían entre 20 a 24 años de edad, el 19,5% de internos con depresión moderada tenían 25 a 28 años y el 1,1% de internos con depresión moderada tenían más de 28 años.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N°. 9

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y la edad de los  
internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 11

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el sexo de los  
internos de medicina del año 2022

Sexo	Depresión									
	No depresión		Mínima		Moderada		Severa		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Masculino	1	1,1	16	18,4	11	12,6	0	0,0	28	32,2
Femenino	8	9,2	41	47,1	10	11,5	0	0,0	59	67,8
<b>TOTAL</b>	9	10,3	57	65,5	21	24,1	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=6.19 \quad P<0.05P=0.04$$

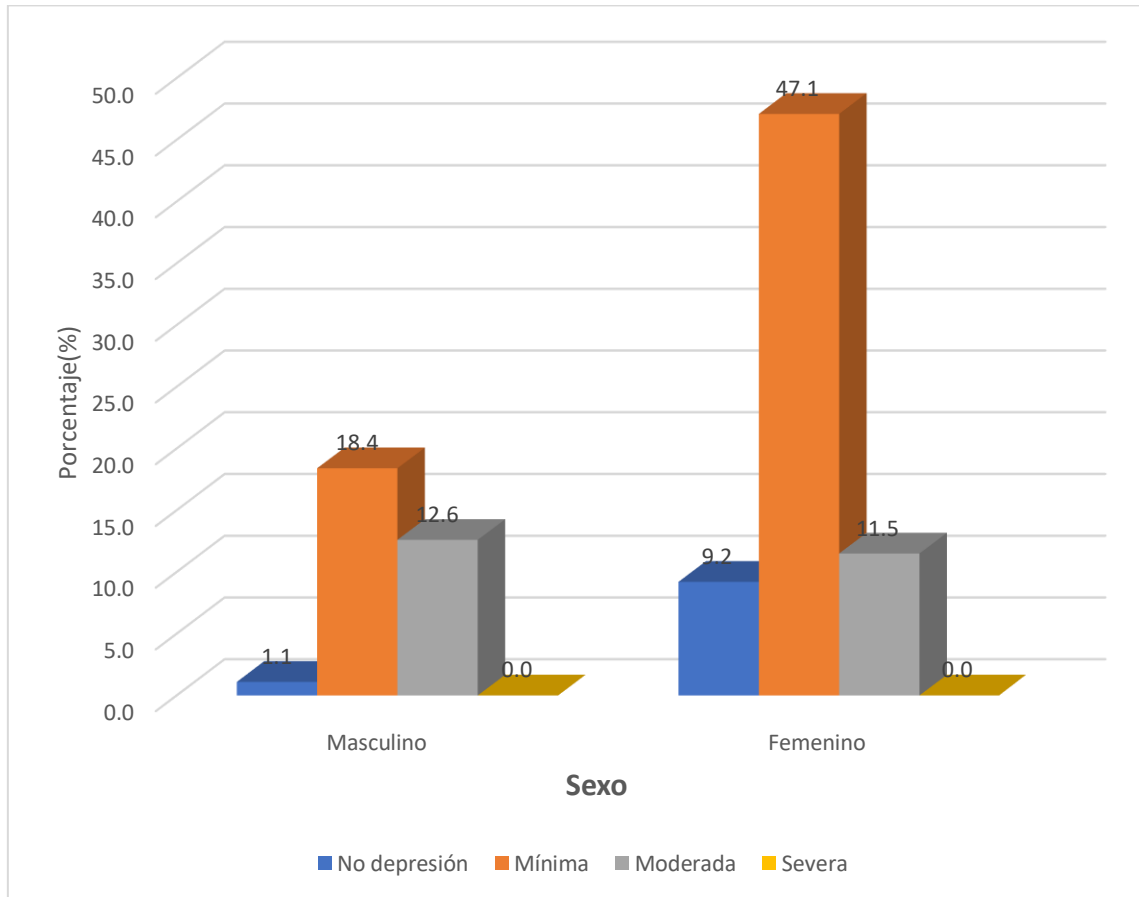
La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=6.19$ ) muestra que la depresión y el sexo presentan relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 18,4% de internos con depresión mínima son de sexo masculino y el 47.1% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 son de sexo femenino, mientras que el 12.6% de los internos con depresión moderada son de sexo masculino, y el 11,5% de internos con depresión moderada son de sexo femenino.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N°. 10

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el sexo de los  
internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 12

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el estado civil de los  
internos de medicina del año 2022

Estado Civil	Depresión									
	No depresión		Mínima		Moderada		Severa		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Soltero	9	10,3	56	64,4	21	24,1	0	0,0	86	98,9
Conviviente	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1
<b>TOTAL</b>	9	10,3	57	65,5	21	24,1	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=0.53 \quad P>0.05 \quad P=0.76$$

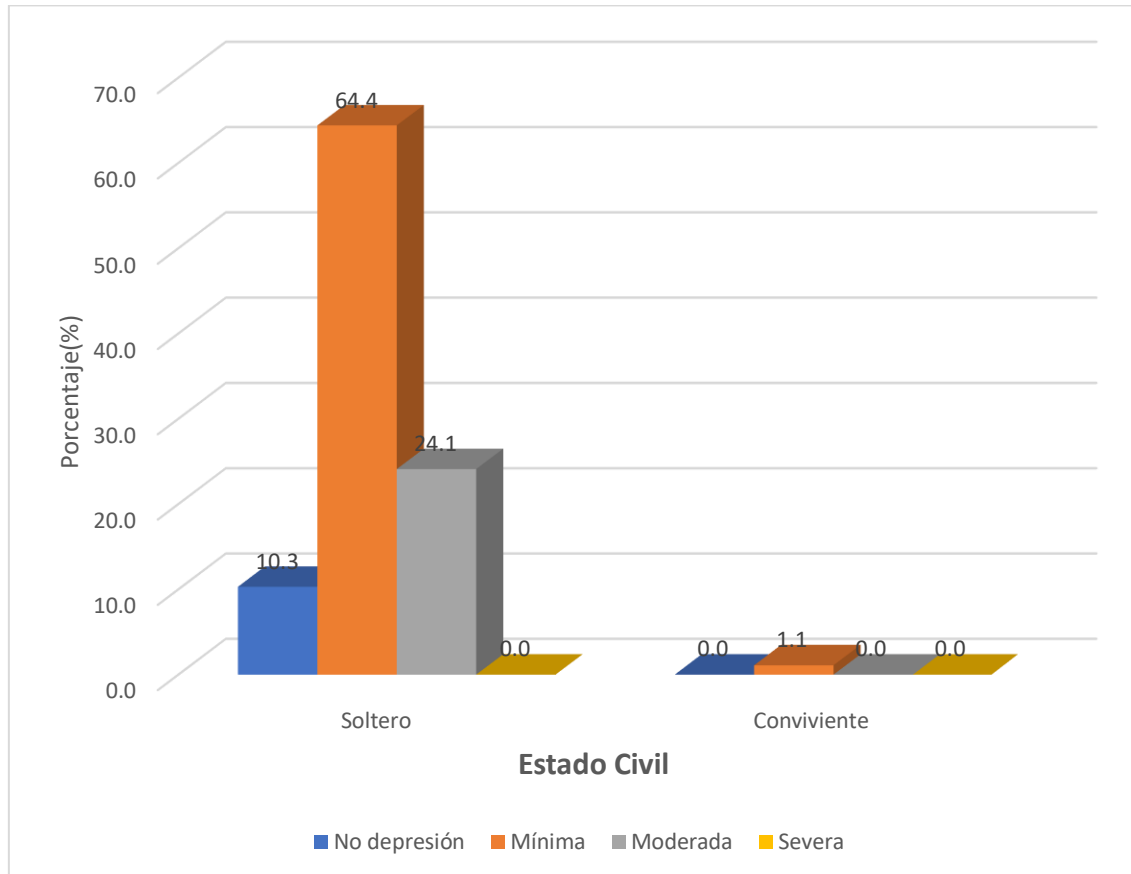
La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.53$ ) muestra que la depresión y el estado civil no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, que el 64.4% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 con depresión mínima son solteros, el 1,1% de internos con depresión mínima son convivientes, mientras que el 24.1% de los internos con depresión moderada son solteros.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N°. 11

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el estado civil de los  
internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 13

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y las personas con las que viven los internos de medicina del año 2022

Persona con quien vive	Depresión									
	No depresión		Mínima		Moderada		Severa		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Padre	0	0,0	0	0,0	2	2,3	0	0,0	2	2,3
Madre	1	1,1	12	13,8	2	2,3	0	0,0	15	17,2
Padre y madre	7	8,0	35	40,2	9	10,3	0	0,0	51	58,6
Solo	1	1,1	6	6,9	5	5,7	0	0,0	12	13,8
Otros	0	0,0	4	4,6	3	3,4	0	0,0	7	8,0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>10,3</b>	<b>57</b>	<b>65,5</b>	<b>21</b>	<b>24,1</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=13.04 \quad P>0.05 \quad P=0.11$$

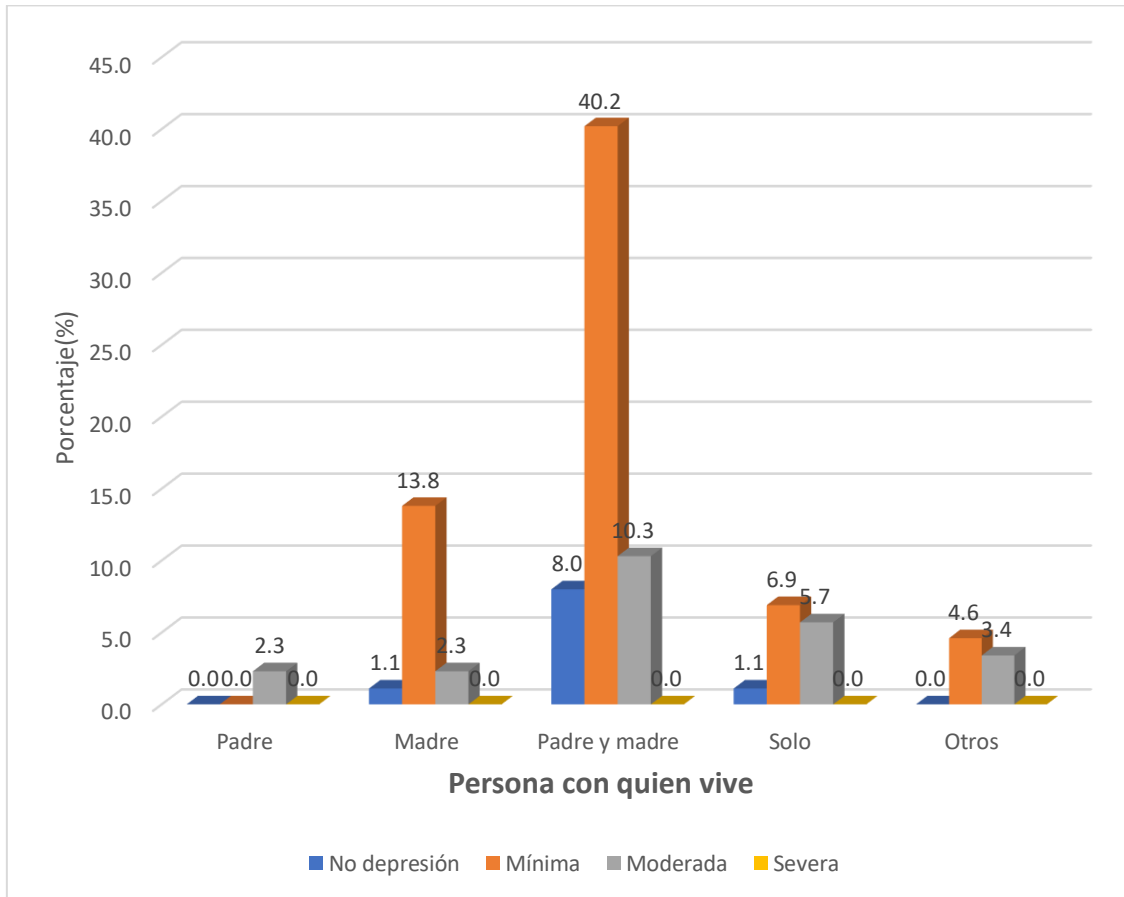
La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=13.04$ ) muestra que la depresión y las personas con las que viven los internos no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 13,8% de internos con depresión mínima viven con su madre, el 40.2% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 con depresión mínima viven con su padre y madre, mientras que el 6,9% de internos que presentan depresión mínima viven solos. Se observo también que el 2,3% de internos con depresión moderada viven con su padre, el 2,3% de internos con depresión moderada viven con su madre, el 10,3% de internos con depresión moderada viven con su padre y su madre, y que el 5.7% de los internos con depresión moderada viven solos.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N°. 12

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y las personas con las que viven los internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 14

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el consumo de alcohol de los internos de medicina del año 2022

Consumo de alcohol	Depresión									
	No depresión		Mínima		Moderada		Severa		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Nunca	3	3,4	6	6,9	1	1,1	0	0,0	10	11,5
Mensualmente o <	4	4,6	37	42,5	15	17,2	0	0,0	56	64,4
2 a 4 veces al mes	2	2,3	13	14,9	5	5,7	0	0,0	20	23,0
2 a 3 veces semana	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1
<b>TOTAL</b>	9	10,3	57	65,5	21	24,1	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=5.86 \quad P>0.05P=0.43$$

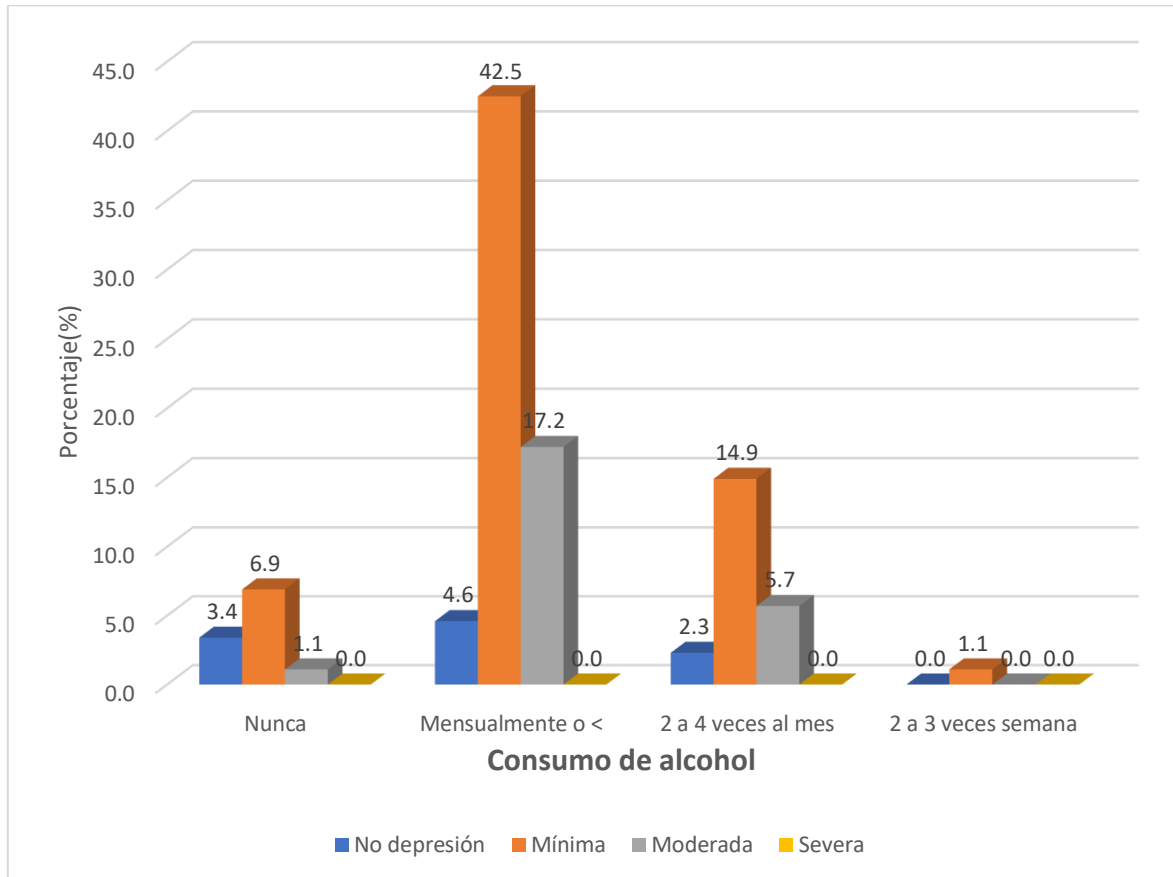
La Tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=5.86$ ) muestra que la depresión y el consumo de alcohol de los internos no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 6,9% de internos con depresión mínima refieren nunca consumir alcohol, el 42.5% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 con depresión mínima consumen alcohol mensualmente o menos, el 14,9% de internos con depresión mínima consumen alcohol 2 a 4 veces al mes, y un 1,1% de internos con depresión mínima consumen alcohol de 2 a 3 veces a la semana. Se observo también que el 1,1% de internos con depresión moderada no consumen alcohol, un 17,2% de internos con depresión moderada consumen alcohol mensualmente o menos, y el 5.7% de los internos con depresión moderada consumen alcohol de 2 a 4 veces al mes.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N°. 13

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el consumo de alcohol de los internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Tabla N°. 15

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el consumo de tabaco de los internos de medicina del año 2022

Consumo de tabaco	Depresión								TOTAL	
	No depresión		Mínima		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
No fumador	9	10,3	55	63,2	18	20,7	0	0,0	82	94,3
Fumador leve	0	0,0	2	2,3	3	3,4	0	0,0	5	5,7
<b>TOTAL</b>	9	10,3	57	65,5	21	24,1	0	0,0	87	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=3.90 \quad P>0.05 \quad P=0.14$$

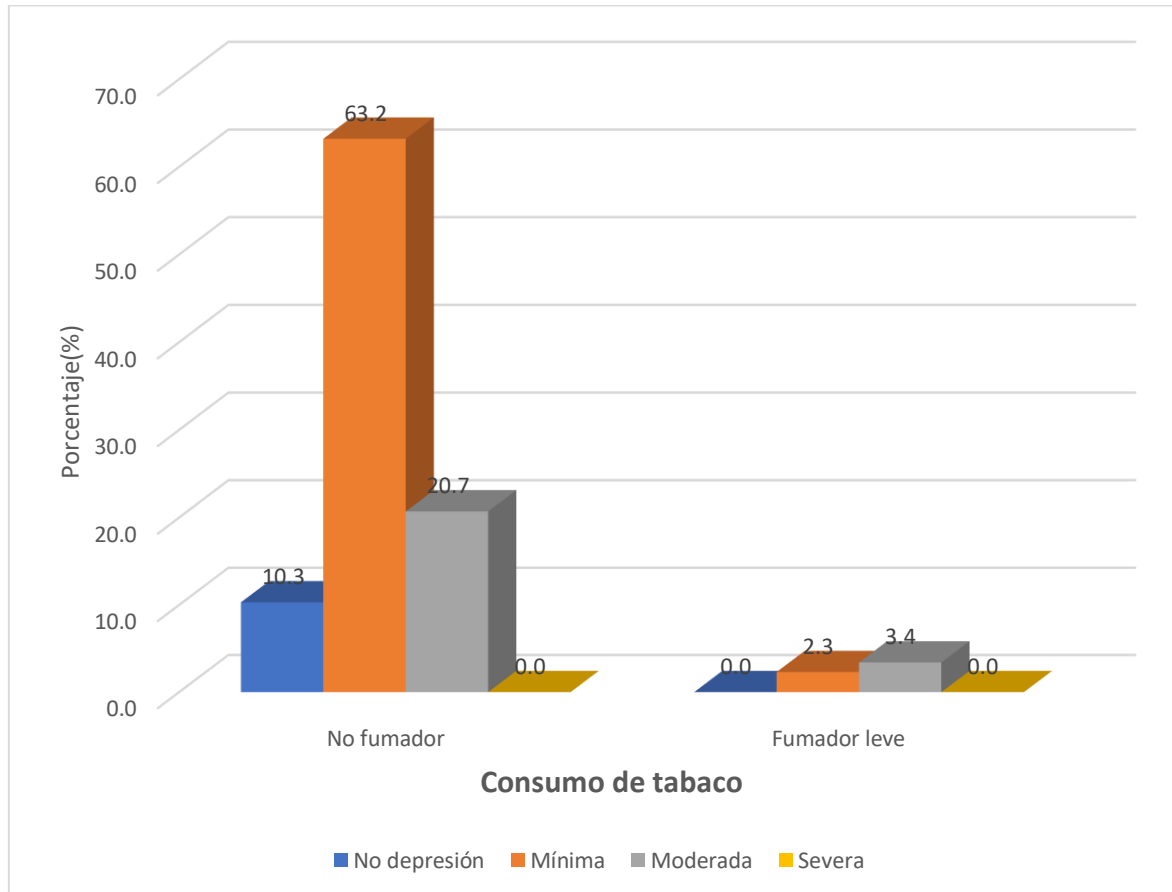
La Tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3.90$ ) muestra que la depresión y el consumo de tabaco de los internos no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 63.2% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 con depresión mínima no son fumadores, el 2,3% de internos con depresión mínima son fumadores leves, mientras que el 20,7% de internos con depresión moderada no son fumadores y el 3.4% de los internos con depresión moderada son fumadores leves.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN INTERNOS DE  
MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE  
EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú 2022

Gráfico N°. 14

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el consumo de tabaco de los internos de medicina del año 2022



Fuente: Elaboración Propia.

## DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar los factores epidemiológicos, así como síntomas preponderantes, relevantes o frecuentes de ansiedad y depresión en internos de medicina ante su reingreso al ciclo del internado en tiempos de emergencia sanitaria COVID 19 – 2022. Se desarrolló esta investigación debido a que será una importante contribución académica al generar nuevos conocimientos que servirán de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores (1).

Respondiendo al primer objetivo se obtuvo que el 63.2% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 tiene de 25 a 28 años. En el estudio de Miguel Gonzalo Sánchez Atahualpa, en su investigación concluyó que un 47.6% de participantes pertenecían al grupo etario mayoritario, comprendido entre 25 y 26 años. Este grupo etario predominante se debe probablemente a la dificultad de ingreso a la carrera de medicina, que suele tomar por lo menos un año de preparación para poder ingresar, como también los 6 años de estudios universitarios necesarios previos al internado, dejando como resultado a internos dentro de ese grupo etario como mayoría de los encuestados (13).

El 67.8% en este estudio son de sexo femenino, y de la misma forma, en el estudio de Miguel Gonzalo Sánchez Atahualpa, el sexo femenino también fue superior, y las cuales fueron 57% (13). Similares hallazgos se evidenciaron en el estudio de Cesar Sánchez-Marin, donde encontró que un 57,4% de los entrevistados eran mujeres. Esto probablemente se debe a la tendencia del incremento de mujeres estudiando ciencias de la salud durante las últimas décadas (14).

En este estudio, se encontró que el 98.9% de internos de medicina son solteros, y hallazgos similares se evidenciaron en el estudio de Cesar Sánchez-Marin, donde encontró que un 98,2% de encuestados eran solteros (14). Esto probablemente se deba a la considerable carga mental que supone el estudiar medicina y la preferencia de los encuestados a mitigar o disminuir factores externos generadores de estrés como el tener una pareja, puesto que se ha comprobado que una ruptura amorosa aumenta el riesgo de sufrir enfermedades (22).

Se encontró también, que el 94.3% no consumen tabaco, el 58.6% de los internos que viven con su padre y madre, y el 64.4% consumen alcohol mensualmente o menos, esto se corrobora con la literatura disponible que asegura que los estudiantes de medicina tienen mayor tendencia a abusar del alcohol, especialmente si son solteros y/o afrontan una deuda estudiantil alta (21).

En el análisis bivariado se encontraron asociaciones entre alguna forma de trastorno mental y edad, estudiar en una universidad privada y cursar estudios de ciencias básicas. Mientras que, en este estudio, no se encontró relación estadística significativa entre ansiedad, depresión y el grupo etario en cuestión. Esto difiere con la literatura de Vallejo, en la cual afirma que la edad de inicio de los trastornos de angustia se sitúa entre 20 y 40 años siendo la media de 25 años, aunque también refiere que los trastornos de ansiedad pueden producirse a cualquier edad, si bien sus posibilidades de eclosión disminuyen con la edad (12).

En este estudio, el 65.6% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 presentaron depresión mínima, seguido del 24.1% con depresión moderada, mientras que el 10.3% de los internos no presentaron depresión. Resultados diferentes los obtuvo Miguel Gonzalo Sánchez Atahualpa donde, en su investigación, concluyó que en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa existió 5% de Depresión Mayor, 7.1% de una alta probabilidad de depresión, 14.3% de un probable episodio de Depresión Mayor. En el Hospital Sergio Bernales de Lima, existió 1.4% de Depresión Mayor, 3% de una alta probabilidad de depresión, 13.3% de un probable episodio de Depresión Mayor. El porcentaje de depresión mayor en el estudio de Atahualpa es bajo y en este estudio es nulo. En el estudio de Sánchez, se encontró una relación estadísticamente significativa en cuanto a la edad y la depresión, mientras que en este estudio la relación entre las mismas no era estadísticamente significativa (13).

No hubo coincidencias con Iván Gutiérrez Pastor et al, quienes concluyeron que los estudiantes de medicina de la Universidad Miguel Hernández presentaron una prevalencia alta de probable ansiedad y depresión (17). Se observaron diferencias en función del sexo, curso académico, tipo de alimentación y consumo de tóxicos, mientras que en este estudio solo hubo relación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo, mas no con el uso de alcohol y su relación con ansiedad ni depresión. Este hallazgo relevante entre la depresión y el sexo podría deberse a la tendencia que existe en la literatura actual donde se establece que las mujeres tienen peor salud mental, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad doblemente frecuentes en mujeres que en varones (12).

Palmer-Morales, Roberto Prince-Vélez, Concepción Rosa Medina-Ramírez y Daniel Alexis López-Palmer estudiaron a 70 MIPS, correspondiendo 38 (54.3%) al sexo femenino, el promedio de edad fue de  $24.3 \pm 1.9$ , con una mínima 22, máxima 36 años (IC 95% 23.83 a 24.77). En similitud con este estudio, el porcentaje predominantemente mayor fue también el de mujeres con 59 (67.8%) y un rango de edad promedio entre 25 y 28 años mayoritario (63.2%) (19).

El sexo femenino fue el más frecuente con rasgos de depresión 14 (20%) y durante la rotación por gineco-obstetricia (10%). Los MIPS de las universidades participantes fueron: Autónoma de Baja California 58(82.9%), Xochicalco (CEUX) 11(15.71%) y Sinaloa (UAS) 1(1.42%). La depresión mínima se presentó en 13 (18.6%), depresión moderada en 7 (10%) y 0% en depresión severa. La frecuencia de rasgos de depresión fue de 20 (28.6%), concluyendo que: La frecuencia de rasgos de depresión en los MIPS fue de 20 (28.6%), predominando la depresión mínima. Comparando esto con los resultados de nuestro estudio, podemos ver que la depresión mínima se presentó en un 65,5%, siendo el porcentaje mayoritario el de mujeres (47.1%) y en cuanto a depresión moderada, se alcanzó un total de 24,1%, siendo el porcentaje mayoritario el de varones (12.6%), mientras que en depresión severa se halló un 0%. El resultado concuerda en similitud con lo hallado en el estudio de Yusvisaret Palmer-Morales, Roberto Prince-Vélez, Concepción Rosa Medina-Ramírez y Daniel Alexis López-Palmer, puesto que la depresión mínima es la condición predominante entre los internos de medicina en ambos estudios (19).

Se evidencio, en el estudio, que el 4.6% de los internos con ansiedad leve son de sexo masculino, el 10,3% de internos con ansiedad leve son de sexo femenino, formando un total de 14,9% que presentan ansiedad leve. El 1,1% de internos de medicina que tiene ansiedad moderada son de sexo masculino, y el 3,4% de internos de medicina con ansiedad moderada son de sexo femenino, formando un total de 4,6% que presentan ansiedad moderada. Sin embargo, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.12$ ) muestra que la frecuencia e intensidad de síntomas de Ansiedad y el sexo no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ). Estos resultados no coinciden con Saravia-Bartra, quien encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y ansiedad ( $p = 0,045$ ) (15). Lo mismo dice la literatura actual, donde se establece que las mujeres son más proclives a padecer el trastorno y duplican la cifra de los varones (12).

Así mismo, no hubo asociación entre las variables edad y ansiedad ( $p = 0,058$ ), lo cual, si coincide con lo hallado en este estudio, pues tampoco hay asociación estadísticamente significativa entre edad y ansiedad. Como conclusión del estudio de María M. Saravia-Bartra los estudiantes de medicina de primer año evidenciaron niveles altos de ansiedad durante la actual pandemia, siendo las mujeres entre quienes la ansiedad se presenta con mayor frecuencia. En este estudio, en concordancia con lo anterior, del 67.8% de internas de medicina, el 10.3% de estas presento ansiedad leve y un 3,4% presento ansiedad moderada, coincidiendo con el

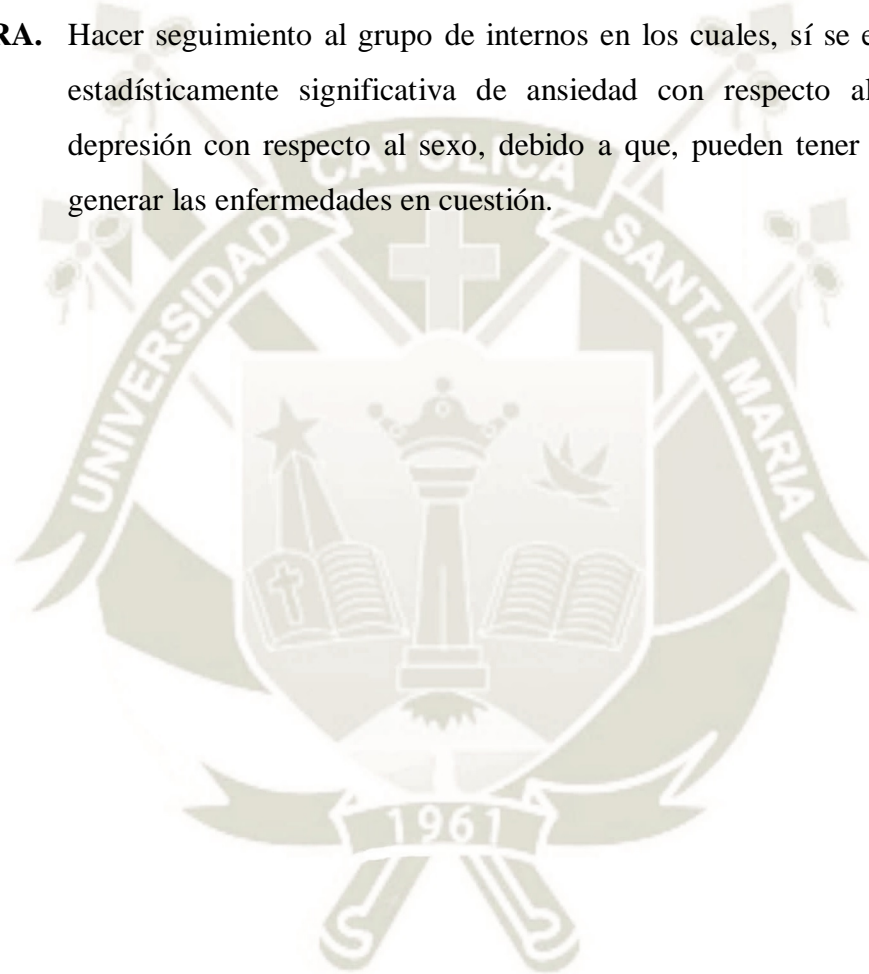
estudio de Saravia-Bartra, en el sentido de que hay mayor predominancia de mujeres con ansiedad que varones con ansiedad (4.6% de ansiedad leve y 1.1% de ansiedad moderada) (15). El 47.1% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 con depresión mínima son de sexo femenino (en contraste con un 18.4% de varones con depresión mínima), mientras que el 12.6% de los internos con depresión moderada son de sexo masculino (en contraste con un 11.5% de mujeres con depresión moderada). Estos hallazgos son similares a los encontrados por una investigación con estudiantes de medicina en Colombia, que encontró una prevalencia de sintomatología depresiva en 58.1% de las féminas; este predominio fue tanto para el Trastorno Depresivo menor como para el Trastorno Depresivo Mayor (24). Es importante recalcar que en ese estudio tampoco se halló relación significativa entre la edad y la presencia de síntomas depresivos, esto coincide con lo hallado en los resultados de nuestro estudio. Hubo diferencia importante entre hombres y mujeres, hallándose una mayor prevalencia de síntomas depresivos en el género femenino ( $p=0,028$ ), de la misma manera, en nuestro estudio, se encontró un predominio de depresión mínima por parte del sexo femenino (47.1%), ya que, según la prueba de chi cuadrado, muestra que la depresión y el sexo presentan relación estadística significativa ( $P=0.04$ ). Esto coincide con la literatura actual, donde se establece que la depresión es un trastorno más frecuente en las mujeres que en los hombres (25).

## CONCLUSIONES

- PRIMERA.** El perfil epidemiológico promedio de los internos encuestados corresponde a una interna mujer, del rango etario de 25 a 28 años, soltera, que vive con su padre y madre, consume alcohol mensualmente o menos y no es fumadora.
- SEGUNDA.** Un 34,5% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 presentan ansiedad psíquica leve, el 4,6% presentaron ansiedad psíquica moderada y un 1,1% tienen ansiedad psíquica severa o grave. El 14,9% de internos padece de ansiedad somática leve, el 4,6% tienen ansiedad psíquica moderada, y 14,9% tienen ansiedad general leve, mientras el 4.6% tienen ansiedad moderada.
- TERCERA.** 65,6% de los internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el año 2022 tienen depresión mínima, seguido del 24.1% con depresión moderada, mientras que el 10.3% de los internos no presentan depresión.
- CUARTA.** Las características epidemiológicas de los internos de medicina no se relacionan con síntomas de ansiedad excepto el estado civil.
- QUINTA.** Las características epidemiológicas de los internos de medicina no se relacionan con síntomas de depresión excepto con el sexo.

## RECOMENDACIONES

- PRIMERA.** Realizar, por parte de las autoridades de la facultad, un despistaje mediante una evaluación de la salud mental al inicio del internado, durante el internado (después de las 2 rotaciones iniciales de especialidades) y después del internado.
- SEGUNDA.** Realizar una buena evaluación psicológica o de la salud mental por parte de especialistas en psicología o psiquiatría dentro de los hospitales a los que los internos asistan antes, durante y después del lapso del internado.
- TERCERA.** Hacer seguimiento al grupo de internos en los cuales, sí se encontró relación estadísticamente significativa de ansiedad con respecto al estado civil y depresión con respecto al sexo, debido a que, pueden tener mayor riesgo de generar las enfermedades en cuestión.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ato P, Esther C. Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos Hospitales del Norte del Perú - 2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Universidad Nacional de Piura; 2018.
2. Guía clínica de Trastornos de ansiedad - Fisterra [Internet]. Fisterra.com. [citado el 2 de junio de 2022]. 2022. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-ansiedad/>
3. Pan American Health Organization (PAHO) Depresión [Internet]. Paho.org. [citado el 2 de junio de 2022]. 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
4. Ministerio de salud. Master W. Salud mental [Internet]. CDC MINSA. 2020 [citado el 2 de junio de 2022]. 2022. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/salud-mental/>
5. Organización mundial de la salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Who.int. [citado el 2 de junio de 2022]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. Pan American Health Organization (PAHO) Oct 8. “No hay salud sin salud mental” [Internet]. Paho.org. [citado el 2 de junio de 2022]. 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
7. Organización mundial de la salud. Ene 30. La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional [Internet]. Paho.org. [citado el 2 de junio de 2022]. 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-1-2020-oms-declara-que-nuevo-brote-coronavirus-es-emergencia-salud-publica-importancia>
8. Madrid P.: Salud mental y COVID-19 Un año de pandemia 2 Coordinación y redacción: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Publica: Con la financiación de [Internet]. Consaludmental.org. [citado el 2 de junio de 2022]. 2022. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>
9. Naciones unidas. La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental [Internet]. Www.un.org. [citado el 2 de junio de 2022]. 2022. Disponible en:

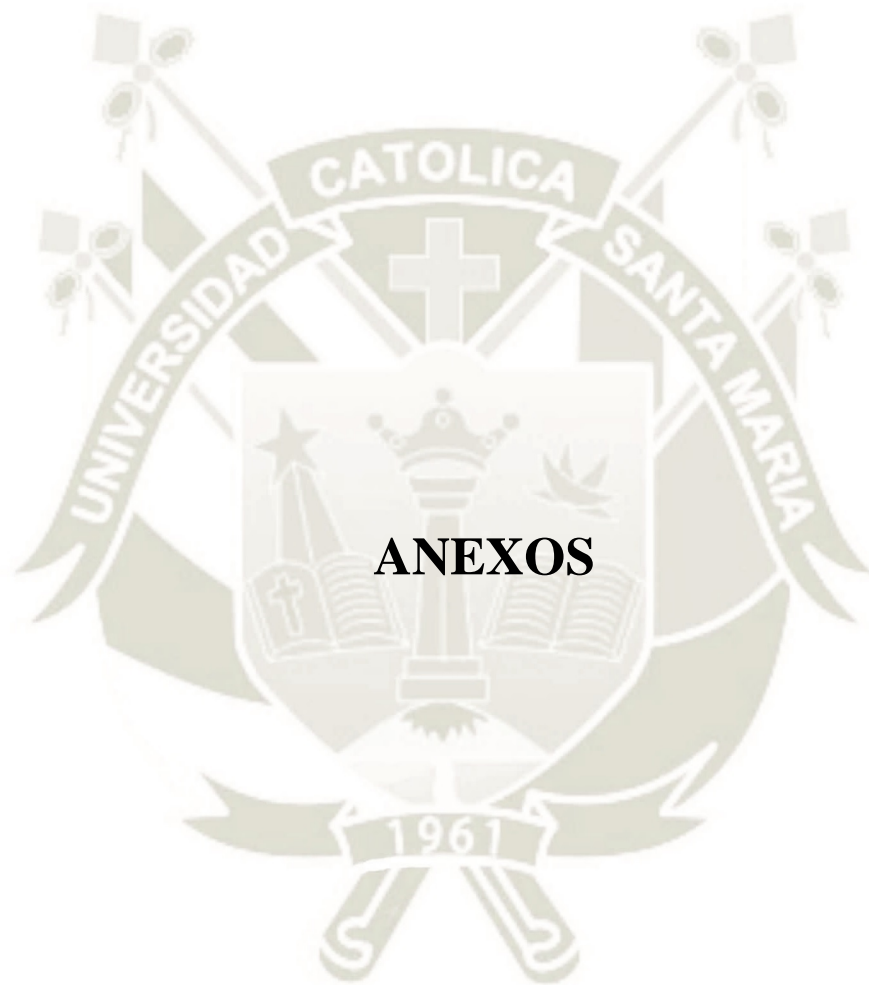
[https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy\\_brief\\_-\\_covid\\_and\\_mental\\_health\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf)

10. Guerrero López JB, Martin GH, Ortiz De León S, Morelos JC, Barragán Pérez V, Flores-Ramos M. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina [Internet]. Org.mx. [citado el 2 de junio de 2022]. 2022. Disponible en: [https://anmm.org.mx/GMM/2013/n6/GMM\\_149\\_2013\\_6\\_598-604.pdf](https://anmm.org.mx/GMM/2013/n6/GMM_149_2013_6_598-604.pdf)
11. American Psychiatric Association. “Actualización del DSM-5”. 2018. Disponible en: [https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/DSM5Update\\_octubre2018\\_es.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf)
12. Vallejo Ruiloba, Julio. “INTRODUCCION a La PSICOPATOLOGÍA Y La PSIQUIATRÍA.” *E-Journal Menara Perkebunan*, vol. 82, no. 1, 2015, data.ngdc.noaa.gov/platforms/ocean/nos/DAPRs/S-G901-NRT2-12\_DAPR.pdf, 10.22302/iribb.jur.mp.v82i1.260.
13. Sánchez Atahualpa, Gonzalo . Nivel de Depresión y Características Demográficas en Internos de Medicina de Hospitales de Arequipa y Lima, 2016. 2017 [citado el 31 de mayo de 2022]. 2022. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM\\_a908c54778725fe367b5f0cdf139bc\\_e](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_a908c54778725fe367b5f0cdf139bc_e)
14. Sánchez-Marín, César, et al. Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 2016, vol. 79, no 4, p. 197-206. [consultado el 31 de mayo de 2022]. 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n4/a02v79n4.pdf>
15. Saravia-Bartra MM, Cazorla-Saravia P, Cedillo-Ramirez L. Anxiety level of first-year medical students from a private university in Peru in times of Covid-19. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 2020 [citado el 31 de mayo de 2022];20(4):568–73. 2020. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-0531202000040056](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-0531202000040056)
16. Neyra G, Renán J. Nivel de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociados a confinamiento social - Arequipa 2020. 2020. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. [citado el 31 de mayo de 2022]; 2022. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM\\_47c1fc1da1709b220f5bae5a2ec65e12/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_47c1fc1da1709b220f5bae5a2ec65e12/Details)

17. Gutiérrez Pastor I, Quesada Rico JA, Gutiérrez Pastor A, Nouni García R, Carratalá Munuera MC. Depresión, ansiedad y salud autopercibida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. Rev Esp Edu Med [Internet]. 2021 [citado el 31 de mayo de 2022];2(2):21–31. Disponible en: <https://revistas.um.es/edumed/article/view/470371>
18. Ruvalcaba Pedroza KA, González Ramírez LP, Jiménez Ávila JM. Depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. Investig educ médica [Internet]. 2021 [citado el 31 de mayo de 2022];10(39):52–9. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572021000300052&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572021000300052&script=sci_arttext&tlng=es)
19. Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Medina-Ramírez MCR, López-Palmer DA. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. Investig educ médica [Internet]. 2017 [citado el 31 de mayo de 2022];6(22):75–9. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2007-50572017000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-50572017000200003&lng=es&nrm=iso)
20. Benjamín GLJ, Gerardo HM, de León Silvia O, Jacqueline CM, Virginia BP, Mónica FR. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina [Internet]. Com.mx. [citado el 31 de mayo de 2022]. 2013. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=99348>
21. Andrade S. El agotamiento y el alcohol en los estudiantes de medicina [Internet]. Red de noticias de Mayo Clinic. 2016 [citado el 24 de julio de 2022]. Disponible en: <https://newsnetwork.mayoclinic.org/es/2016/03/15/el-agotamiento-y-el-alcohol-en-los-estudiantes-de-medicina/>
22. Simó-Noguera C, Hernández-Monleón A, Muñoz-Rodríguez D, González-Sanjuán ME. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud / The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status. Rev Esp Invest Sociol [Internet]. 2015;151(151):141–66. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/24721521>
23. Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. Aten Primaria [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6983585/>
24. Guavita Falla PM, Sanabria Ferrand PA. Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada,

- Bogotá Colombia. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2006 [citado el 24 de julio de 2022];54(2):76–87. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120->
25. Machado AV. Depresión. Diferencias de género. MULTIMED [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 24];17(3). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>
26. Hamilton, M. A. X. The assessment of anxiety states by rating. British journal of medical psychology, 1959.





ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En la presente investigación, se le invita a usted a participar en el estudio que tiene como objetivo determinar o establecer la relación entre la ansiedad, la depresión y las características epidemiológicas en internos de medicina por su reingreso al ciclo del internado en tiempos de emergencia sanitaria COVID 19 del presente año. Su participación es completamente voluntaria y la información brindada será tratada de manera confidencial, así mismo, los resultados obtenidos se utilizaran solo para efectos de la investigación. Por lo tanto, después de haber sido suficientemente informado y habiendo comprendido el objetivo, como también que su participación es voluntaria, usted da, al llenar este formulario, su consentimiento para participar en el proyecto de investigación: "ANSIEDAD, DEPRESION Y CARACTERISTICAS EPIDEMIOOGICAS EN INTERNOS DE MEDICINA POR SU REINGRESO AL CICLO DEL INTERNADO EN TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 Arequipa – Perú - 2022".

Edad

- 20 – 24 años       25 - 28 años       Mas de 28 años

Sexo

- Masculino       Femenino

Estado Civil

- Soltero     Conviviente     Casado     Viudo     Divorciado

Persona con quien vive

- Madre     Padre     Madre y Padre     Solo     Otros

Frecuencia de consumo de alcohol

- Nunca       Mensualmente o menos       2 – 4 veces al mes       2 – 3 veces a la semana       4 o más veces a la semana

Frecuencia de consumo de tabaco

- No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia
- Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios
- Fumador moderado: fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios
- Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio

ANEXO 2

ESCALA AUTOAPLICADA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN  
DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON

\* Hamilton, 1959: Escala de evaluación de Ansiedad Cognoscitiva-Somática  
\* Adaptada por Valentín Conde López

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando se enfrenta a situaciones de la vida que se tornan conflictivas. No es necesario presentar todas para señalar que cualquiera de los indicadores está presente.

Procure identificar con una X cómo han aparecido estas reacciones en usted. La información que proporcione servirá para conocer las formas de ayudar a superar esta problemática, razón por la que le pedimos que conteste cada una de las frases de manera real y verídica. Gracias.

- (A) Nunca
- (B) Algunas veces
- (C) Regular / Varias veces
- (D) Casi siempre
- (E) Siempre

CUESTIONARIO		RESPUESTAS					Punt.
		A	B	C	D	E	
1	Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable						
2	Tengo la sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.						
3	Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.						
4	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Me despierto varias veces. Me levanto cansado. No hay sueño reparador.						
5	Tengo mala memoria, especialmente de los eventos recientes. Me cuesta concentrarme.						
6	No tengo interés por lo que me rodea. Me siento triste. Me adormezco por el día y no puedo dormirme por la noche.						
7	Siento dolores y molestias musculares. Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.						
8	Tengo zumbidos de oídos. Vista borrosa. Siento oleadas de calor o frío. Tengo picores y sensación de debilidad						
9	Siento que mi corazón late más de prisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, agitación.						
10	Tengo sensación de ahogo y falta de aire: Necesito respirar. Siento en el pecho una opresión o pena.						
11	Tengo dificultad al tragar. Siento ardores, pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Estreñimiento.						
12	Siento necesidad de orinar frecuentemente, aunque sea poco. Tengo alteraciones hormonales. Mi vida sexual está deteriorada.						
13	Siento la boca seca. Me ruborizo y palidezco fácilmente. Me mareo y las cosas me dan vuelta. Se me ponen los pelos de punta						
14	Me he sentido incómodo, inquieto, tenso, impaciente; me sudan las manos y el pulso se me acelera al contestar estas preguntas.						

Impresión Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Puntuación: \_\_\_\_\_

Fuente: Hamilton (26)

### ANEXO 3

#### ESCALA DE AUTOEVALUACION DE DEPRESION DE ZUNG

##### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Fuente: Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Medina-Ramírez MCR, López-Palmer DA  
(19).

**ANEXO 4**  
**MATRIZ DE DATOS**

Edad	Sexo	Estado civil	Persona con quien vive	Frecuencia de consumo de Alcohol	Frecuencia de consumo de Tabaco	1	2	3	4
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Siempre
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre	2 – 4 veces al mes	Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Casi siempre	Bastante	Algunas veces	Siempre
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Otros	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Bastante	Algunas veces	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Bastante
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Siempre	Siempre	Siempre	Bastante
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Bastante	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Otros	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Bastante	Algunas veces
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca
Mas de 28 años	Femenino	Conviviente	Otros	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Casi siempre	Nunca	Casi siempre
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Bastante	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Bastante
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces

25 - 28 años	Masculino	Soltero	Otros	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Casi siempre	Nunca	Casi siempre
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios	Casi siempre	Bastante	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Otros	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Bastante	Bastante	Nunca	Casi siempre
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Bastante	Algunas veces	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre	2 – 3 veces a la semana	Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	Nunca
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Bastante
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Solo	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Bastante	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Bastante
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
Mas de 28 años	Masculino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Bastante
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca

25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Bastante	Bastante	Casi siempre
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Bastante	Algunas veces	Algunas veces
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Algunas veces	Nunca	Bastante
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Bastante	Siempre	Nunca	Algunas veces
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Bastante	Nunca	Algunas veces
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Bastante	Bastante	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Bastante
Mas de 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Madre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Bastante	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces

25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Mas de 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Bastante
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Otros	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Bastante
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Bastante
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Casi siempre	Bastante	Algunas veces	Casi siempre
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	2 – 4 veces al mes	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Otros	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
25 - 28 años	Masculino	Soltero	Solo	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Nunca	Nunca	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca
20 - 24 años	Masculino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Casi siempre	Casi siempre	Algunas veces	Algunas veces
25 - 28 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Nunca	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Algunas veces	Nunca	Nunca	Algunas veces
20 - 24 años	Femenino	Soltero	Madre y Padre	Mensualmente o menos	No Fumador: No consume tabaco de ningún tipo en ninguna frecuencia	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca

5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Siempre	Nunca	Bastante	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Bastante	Algunas veces	Nunca
Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
Algunas veces	Algunas veces	Siempre	Siempre	Algunas veces	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Bastante	Siempre
Bastante	Nunca	Bastante	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Bastante	Nunca	Nunca	Algunas veces
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
Algunas veces	Siempre	Bastante	Algunas veces	Siempre	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Algunas veces	Siempre
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Bastante	Algunas veces	Bastante
Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca
Algunas veces	Nunca	Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Casi siempre	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca
Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Algunas veces
Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca
Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Bastante	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca
Bastante	Bastante	Nunca	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca
Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Algunas veces
Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Bastante	Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Bastante	Algunas veces
Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Bastante	Bastante	Algunas veces	Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Bastante	Algunas veces	Bastante	Bastante	Bastante	Algunas veces	Bastante	Algunas veces	Bastante	Bastante
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca
Bastante	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Bastante	Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca



Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Casi siempre	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Bastante	Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Nunca	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Nunca
Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Casi siempre	Algunas veces	Siempre	Casi siempre	Bastante	Casi siempre	Algunas veces	Bastante	Casi siempre
Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca
Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces
Bastante	Bastante	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca
Siempre	Bastante	Algunas veces	Nunca	Bastante	Nunca	Bastante	Algunas veces	Algunas veces	Bastante
Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Algunas veces
Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca
Nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Bastante	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces
Casi siempre	Casi siempre	Algunas veces	Algunas veces	Nunca	Nunca	Nunca	Bastante	Nunca	Nunca







