



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TESIS:

**RELACIÓN ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES POST
COVID-19 Y ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO EN EL
SEMESTRE 2022 -I Y 2023-I**

Línea de Investigación: Psiquiatría, Educación Médica

Presentado por los bachilleres:

Alexander Rory Bustamante Rodríguez

Código ORCID: 0009-0009-1959-1393

Paola Quispe Camargo

Código ORCID: 0009-0004-9271-5376

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Cristabel Nilda Rivas Achahui

Código ORCID: 0000-0003-3278-4957

CUSCO – PERÚ
2023



Metadatos

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Alexander Rory Bustamante Rodríguez
Número de documento de identidad	71208409
URL de Orcid	https://orcid.org/0009-0009-1959-1393
Datos del autor	
Nombres y apellidos	Paola Quispe Camargo
Número de documento de identidad	72328425
URL de Orcid	https://orcid.org/0009-0004-9271-5376
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Cristabel Nilda Rivas Achahui
Número de documento de identidad	41548249
URL de Orcid	https://orcid.org/0000-0003-3278-4957
Datos del jurado	
Presidente del jurado (jurado 1)	
Nombres y apellidos	Carlos Alberto Virto Concha
Número de documento de identidad	06290050
Jurado 2	
Nombres y apellidos	Jakeline Jayo Silva
Número de documento de identidad	06441456
Jurado 3	
Nombres y apellidos	Walter Justo Vignatti Valencia
Número de documento de identidad	25216441
Jurado 4	
Nombres y apellidos	Kelly Amanda Soto Enriquez
Número de documento de identidad	41416242
Datos de la investigación	
Línea de investigación de la Escuela Profesional	Psiquiatría, Educación Médica



RELACIÓN ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES
POST COVID-19 Y ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN DE LOS
ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD
ANDINA DEL CUSCO EN EL SEMESTRE 2022 -I Y 2023-

15

SIMILARITY INDEX

WWW.SCIENCE

RELACIÓN ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES POST COVID-19 Y ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO EN EL SEMESTRE 2022 -I Y 2023-

Submission date: 06-Sep-2023 11:32AM (UTC-0500)

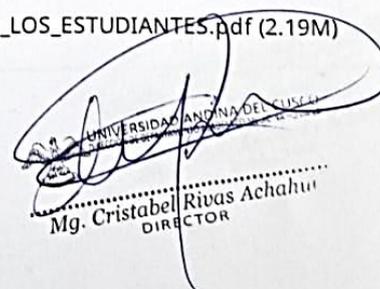
Submission ID: 2159149683

File name: T_COVID-19_Y_ANSIEDAD,_ESTR_S_Y_DEPRESI_N_DE_LOS_ESTUDIANTES.pdf (2.19M)

Word count: 25222

Character count: 142004

by Alexander Y Paola Bustamante Y Quispe


UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
Mg. Cristabel Rivas Achahu
DIRECTOR



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**RELACIÓN ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES POST
COVID-19 Y ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO EN EL
SEMESTRE 2022 -I Y 2023-I**

Presentado por los bachilleres:

Alexander Rory Bustamante Rodríguez

Código ORCID: 0009-0009-1959-1393

Paola Quispe Camargo

Código ORCID: 0009-0004-9271-5376

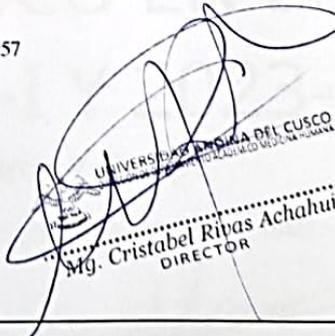
Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Cristabel Nilda Rivas Achahui

Código ORCID: 0000-0003-3278-4957

CUSCO – PERÚ
2023


UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
Mg. Cristabel Rivas Achahui
DIRECTOR



RELACIÓN ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES POST COVID-19 Y ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO EN EL SEMESTRE 2022 -I Y 2023-

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

15%

INTERNET SOURCES

7%

PUBLICATIONS

13%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

Submitted to Universidad Andina del Cusco
Student Paper

7%

2

www.biblioteca.cij.gob.mx
Internet Source

3%

3

hdl.handle.net
Internet Source

1%

4

espacioimasd.unach.mx
Internet Source

1%

5

Kenyo D. Sandoval, Pilar V. Morote-Jayacc, Melissa Moreno-Molina, Alvaro Taype-Rondan. "Depresión, estrés y ansiedad en estudiantes de Medicina humana de Ayacucho (Perú) en el contexto de la pandemia por COVID-19", Revista Colombiana de Psiquiatría, 2021
Publication

1%

6

www.redalyc.org
Internet Source

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. Cristóbal Rivas Achahui
DIRECTOR



		1 %
7	revistas.uned.es Internet Source	1 %
8	yuryspaholaortegacrespo.wordpress.com Internet Source	1 %
9	repositorio.upsjb.edu.pe Internet Source	1 %
10	Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC Student Paper	1 %

Exclude quotes On
Exclude bibliography On

Exclude matches < 1%

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
Mg. Anselmo Ayvas Achahut
DIRECTOR



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Alexander Y Paola Bustamante Y Quispe
 Assignment title: RELACION ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES ...
 Submission title: RELACIÓN ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES ...
 File name: T_COVID-19_Y_ANSIEDAD,_ESTR_S_Y_DEPRESI_N_DE_LOS_EST...
 File size: 2.19M
 Page count: 139
 Word count: 25,222
 Character count: 142,004
 Submission date: 06-Sep-2023 11:32AM (UTC-0500)
 Submission ID: 2159149683

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TITULO

RELACION ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES POST COVID-19 Y ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO EN EL SEMESTRE 2022-I Y 2023-I

Presentado por los bachilleres:

Alexander Y Paola Bustamante Y Quispe

Código ORCID: 0000-0001-1889-1393

Paola Quispe Cuzco

Código ORCID: 0000-0001-9271-9378

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Aprobado:

Mg. Cristabel Nilda Rivas Achahui

Código ORCID: 0000-0001-1276-4931

CUSCO - PERÚ
2023



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Mg. Cristabel Rivas Achahui
DIRECTOR



AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, que durante toda nuestra vida nos han brindado su apoyo incondicional, gracias por la comprensión y el soporte necesario para sobrellevar cada etapa. Nos supieron guiar con amor, perseverancia y entrega en el proceso que significa convertirse en médico.

Al apreciado grupo de doctores que eligieron el camino de la docencia y que supieron transmitirnos sus conocimientos y experiencias para poder ser mejores profesionales y personas.

A nuestra asesora, quien nos acompañó y guio en este importante paso.

A nuestro estadista por la paciencia que tuvo para procesar los datos y compartir con nosotros sus conocimientos para la mejor versión posible de este trabajo.

Alexander Rory Bustamante Rodríguez

Paola Quispe Camargo



DEDICATORIAS

Le dedico este trabajo a mi amada madre, Mercedes del Pilar Rodríguez Barrionuevo; así igual a mi padre, Rory Bustamante Ramírez. Sin ellos nada de lo que soy hubiese sido posible, los amo. Así como mis hermanos Leo y Caro.

También a mi abuelo, Humberto Primitivo Rodríguez Valencia que sé que le hubiese gustado estar en los momentos que estoy viviendo, gracias por todo el amor que me diste. Al igual que mi abuela mami, María Antonieta Barrionuevo, mi tía Karina Rodríguez Barrionuevo, mi tío y mis primos.

Y a todos los que son parte de mi vida, o lo fueron; parte de mi crecimiento se los debo a las experiencias ganadas con ustedes.

Alexander Rory Bustamante Rodríguez

Le dedico este trabajo a mi abuelo, Saturnino Camargo Vargas. No existe día en que no te recuerde con amor y extrañe tu presencia; eres mi ejemplo e inspiración para luchar cada día por nuestra familia, por nuestra plenitud y bienestar.

A mi madre, Carmen Amparo Camargo Abarca porque sin ella no sería quien soy, por estar conmigo en los malos y buenos momentos, por sus palabras de aliento y admirable paciencia y esfuerzo, por priorizar siempre a su hijita por sobre todos, incluso sobre ella misma. Te amo, mami.

A mi hijita Luna, por ser mi alegría y consuelo, la perrita más tierna y dulce.

Paola Quispe Camargo



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	18
1.1. Planteamiento del Problema	23
1.2. Formulación de Problemas	25
1.2.1. Problema General	25
1.2.2. Problemas Específicos	26
1.3. Justificación	26
1.3.1. Conveniencia.....	26
1.3.2. Relevancia social.....	26
1.3.3. Implicancias prácticas	27
1.3.4. Valor teórico.....	27
1.3.5. Utilidad metodológica.....	27
1.4. Objetivos de investigación.....	27
1.4.1. Objetivo General	27



1.4.2. Objetivos Específicos	28
1.5. Delimitación del estudio	28
1.5.1. Delimitación espacial	28
1.5.2. Delimitación temporal.....	28
1.6. Aspectos éticos	29
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	30
2.1. Antecedentes	30
2.1.1. Antecedentes internacionales:	30
2.1.2. Antecedentes latinoamericanos:	32
2.1.3. Antecedentes nacionales:.....	34
2.2 Bases teóricas.....	35
2.2.1 Educación virtual	35
2.2.2 Educación presencial.....	36
2.2.3 Ansiedad.....	37
2.2.4. Estrés	45
2.2.5. Depresión	49
2.3. Definición de Términos Básicos	58
2.4. Hipótesis	60
2.4.1. Hipótesis de investigación (Hi)	60
2.4.2. Hipótesis alternante (Ha).....	60
2.4.3. Hipótesis nula (H0)	60
2.5. Variables	61



2.5.1. Variable independiente.....	61
2.5.2. Variables dependientes.....	61
2.5.3. Variables intervinientes.....	61
2.6. Operacionalización de variables	62
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	65
3.1. Alcance de la investigación	65
3.2 Diseño de la investigación	65
3.2.1. Escenario espacio temporal.....	66
3.3 Población	66
3.3.1. Descripción de la Población.....	66
3.3.2. Criterios de Selección	66
3.4. Muestra	67
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	69
3.6. Validez y confiabilidad del instrumento.....	71
3.7. Plan de análisis de datos	75
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	77
4.1 Estadística descriptiva.....	77
4.1.1 Características demográficas.....	77
4.1.2 Grados de estrés, ansiedad y depresión durante el semestre 2022-I	82
4.1.2 Grados de estrés, ansiedad y depresión durante el semestre 2023-I	84
4.2 Estadística inferencial	85



4.2.1 Diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión entre el semestre 2022-I y 2023-I	85
4.2.2. Análisis de las variables intervinientes sobre los niveles de estrés, ansiedad y depresión en el semestre 2022-I y 2023-I	89
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	105
5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	105
5.2. Limitaciones del estudio	108
5.3. Comparación crítica con la literatura existente.....	108
5.4 Implicancias el estudio.....	113
CONCLUSIONES	114
RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	123
A. PRESUPUESTO	123
B. CRONOGRAMA	124
C. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	125
D. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	127
1. Validación de expertos del Instrumento de recolección de datos.....	130



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tabla descriptiva de las características demográficas de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)	77
Tabla 2. Tabla descriptiva de los grados de estrés, ansiedad y depresión de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2022-I (n=278)	82
Tabla 3. Tabla descriptiva de los grados de estrés, ansiedad y depresión de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)	84
Tabla 4. Análisis de Friedman con modelos de relación de estrés, ansiedad y depresión en función del tiempo y estudiante	86
Tabla 5. Tamaño de efecto para las pruebas de Friedman para cada enfermedad evaluada	86
Tabla 6. Coefficientes (β + ES) de las variables que explican el estrés por cada tiempo evaluado	89
Tabla 7. Coefficientes (β + ES) de las variables que explican la depresión por cada tiempo evaluado	94
Tabla 8. Coefficientes (β + ES) de las variables que explican la ansiedad por cada tiempo evaluado	99



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278).....	79
Figura 2. Edad de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278).....	79
Figura 3. Procedencia de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)	80
Figura 4. Convivencia familiar de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)	80
Figura 5. Ciclo académico en curso de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)	81
Figura 6. Comparación entre los niveles de estrés de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I y 2023-I... 87	87
Figura 7. Comparación entre los niveles de depresión de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I y 2023-I... 88	88
Figura 8. Comparación entre los niveles de ansiedad de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I y 2023-I... 88	88
Figura 9. Comparación entre los niveles de estrés en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I	91
Figura 10. Comparación entre los niveles de estrés en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I	91



Figura 11. Comparación entre los niveles de estrés en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I.....	92
Figura 12. Comparación entre los niveles de estrés en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I.....	92
Figura 13. Comparación entre los niveles de estrés en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I.....	93
Figura 14. Comparación entre los niveles de estrés en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I.....	93
Figura 15. Comparación entre los niveles de depresión en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-1.....	96
Figura 16. Comparación entre los niveles de depresión en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-1.....	96
Figura 17. Comparación entre los niveles de depresión en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I.....	97
Figura 18. Comparación entre los niveles de depresión en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I.....	97



Figura 19. Comparación entre los niveles de depresión en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I.....	98
Figura 20. Comparación entre los niveles de depresión en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I.....	98
Figura 21. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-1	101
Figura 22. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-1	101
Figura 23. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I.....	102
Figura 24. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I.....	102
Figura 25. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I.....	103
Figura 26. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I.....	103



Figura 27. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el grupo etario de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I..... 104

Figura 28. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el grupo etario de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I..... 104



RESUMEN

RELACIÓN ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES POST COVID-19 Y ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO EN EL SEMESTRE 2022-I Y 2023-I

Introducción: El impacto del retorno a las clases presenciales sobre la salud mental de los alumnos no puede ser subestimado.

Objetivo: Evaluar la relación entre el retorno a las clases presenciales post COVID-19 y ansiedad, estrés y depresión de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2022 –I y 2023-I.

Materiales y métodos: El estudio es de tipo observacional, analítico, correlacional, longitudinal y prospectivo. Se recolecta la información mediante un cuestionario validado de tipo encuesta en el mismo grupo de estudiantes en dos tiempos diferentes y se analiza la relación que tiene la presencia de ansiedad, estrés y depresión en ellos con el retorno a clases presenciales. Para los análisis estadísticos, se realizarán los análisis univariado, con estadística descriptiva, bivariado usando el test de Friedman y tamaño de efecto de Kendall y multivariado usando GLM.

Resultados: La depresión y ansiedad tienen un valor ($p < 0,001$) por lo que son diferentes en el semestre 2022-I y 2023-I (diferencia significativa). El tamaño de efecto para las pruebas de Friedman indica que la diferencia de cada enfermedad, antes y después del retorno a clases presenciales, no es grande; estrés ($< 0,0001$), depresión ($0,130$), ansiedad ($0,131$). Siendo el estrés la menos potente.



Conclusiones: El retorno a clases presenciales incrementó la ansiedad, estrés y depresión en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I.

Palabras clave: Clases presenciales, COVID-19, ansiedad, estrés, depresión.



ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN THE RETURN TO PRESENTIAL CLASSES POST COVID-19 AND ANXIETY, STRESS AND DEPRESSION OF HUMAN MEDICINE STUDENTS AT THE UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO IN THE SEMESTER 2022 -I AND 2023 -I

Introduction: The impact of returning to presential classes on the mental health of students cannot be underestimated.

Objective: To identify the relationship between the return to presential classes post COVID-19 and anxiety, stress and depression of Human Medicine students at the Universidad Andina Del Cusco in the semester 2022 -I and 2023 -I

Materials and methods: The study is observational, analytical, co-relational, longitudinal and prospective. The information is collected through a validated survey-type questionnaire in the same group of students at two different times and the relationship between the presence of anxiety, stress and depression in them with the return to presential classes is analyzed. For statistical analyses, univariate analysis will be performed, with descriptive statistics, bivariate using the Friedman test and Kendall's effect size, and multivariate using GLM.

Results: Depression and anxiety have a value ($p < 0.001$) so they are different in the semester 2022-I and 2023-I (significant difference). The effect size for the Friedman tests indicates that the difference between each disease, before and after the return to face-to-face classes, is not large; stress (< 0.0001), depression (0.130), anxiety (0.131). Stress being the least powerful.



Conclusions: The return to face-to-face classes increased anxiety, stress and depression in the Human Medicine students of the Universidad Andina Del Cusco in the semester 2022-I and 2023-I.

Keywords: Presential classes, COVID-19, anxiety, stress, depression.



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Con Wuhan como epicentro, el virus SARS-CoV-2 comenzó a propagarse por China en diciembre de 2019. Este virus provoca una afección conocida como COVID-19.

Estados Unidos, el 23 de enero y Canadá, el 27 de enero informaron los primeros casos importados en las Américas. El brote de COVID-19 fue considerado una emergencia de salud pública de interés mundial por la OMS a fines de enero de 2020 (1) .

El primer caso importado en Perú se identificó como un hombre de 25 años con síntomas leves que había viajado recientemente a varias naciones europeas dentro de los últimos 14 días (2).

A raíz de la propagación del COVID 19, el gobierno del Perú según decreto de urgencia 044-2020 publicado en el Diario El Peruano el 16 de marzo del 2020, declaró estado de emergencia por el plazo de quince días calendario, disponiendo el aislamiento social obligatorio (cuarentena) por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 (3).

En el decreto 044 -2020 también se indicaba el acceso a servicios públicos y bienes y servicios esenciales, suspensión del ejercicio de derechos constitucionales, limitación al ejercicio del derecho a la libertad de tránsito de las personas, medidas para el aseguramiento del suministro de bienes y servicios necesarios para la protección de la salud pública, restricciones en el ámbito de la actividad comercial, actividades culturales, establecimientos y actividades recreativas, hoteles y restaurantes, cierre temporal de fronteras y reducción del transporte en el territorio nacional (3).

Esta serie de medidas llevó al Perú a un aislamiento social obligatorio, que se fue focalizando para el mes de Julio del 2020, y la mayoría de las personas se vieron obligadas



a permanecer en sus hogares durante el periodo necesario para evitar la propagación del virus. Con el tiempo nuevas medidas fueron llegando, aliviando las medidas obligatorias iniciales tales como, inmovilizaciones obligatorias en horarios cada vez más flexibles, concentración de personas en poca cantidad, ingreso a espacios públicos al tercio de capacidad como bancos, teatros, iglesias; actividades deportivas restringidas a un número de personas con las medidas de distanciamiento social, uso de barbijos, lavado de manos, etcétera (3,4).

La ansiedad generalizada es definida DSM-V, como “Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).” (5)

El estrés está definido como respuesta psicológica, fisiológica o emocional de una persona cuando procura adaptarse a presiones de su contexto interno o externo. También son generadores de estrés sucesos positivos que requieren cambios o incluyen procesos de adaptación físico y mental (6).

La depresión se define por sus principales síntomas: tristeza y anhedonia. La depresión se describe como un trastorno psicoemocional en el que prevalece un estado de ánimo marcadamente deprimido y sentimientos de tristeza e infelicidad (7).

Durante la emergencia sanitaria causada por el COVID-19, el Perú impuso como medida de contención más importante, desde el 16 de marzo, el aislamiento obligatorio o también llamado cuarentena, periodo en el cual la educación universitaria se vio gravemente afectada. (3)

A inicios del 2022 por decreto Supremo N° 014-2021-MINEDU se estableció una primera iniciativa de regreso a la presencialidad con la modalidad de semi presencialidad, que fue



soslayado por la tercera ola de COVID-19 que provocó que no todos los centros educativos y superiores adoptaran la presencialidad en su totalidad. Sin embargo, para el segundo periodo del 2022, la semi-presencialidad y presencialidad pasaron a ser la principal forma de educación en todos los centros educativos y el 2023, la presencialidad es total (8).

A su vez, el fin de la pandemia fue decretado por la CDC titulándolo como: “Fin de la declaración federal de emergencia de salud pública (PHE) del COVID-19”, publicada el 05 de mayo del presente año refiere que el 11 de mayo del 2023 se da el fin de la declaración federal de PHE del COVID-19. A partir de esta fecha, caducaron las autorizaciones de los CDC para recopilar determinados tipos de datos de salud pública (9).

La educación de manera virtual fue el suceso o actividad que se convirtió en una nueva normalidad en ese momento, el planteamiento de esta tesis señala que el retorno a las clases presenciales en su totalidad causaría ansiedad, estrés y depresión en los alumnos de medicina.

1.2. Formulación de Problemas

1.2.1. Problema General

¿El retorno a las clases presenciales ha incrementado la ansiedad, el estrés y la depresión de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I?



1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con la edad de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I?
- ¿Cuál es la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con el ciclo académico de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I?
- ¿Cuál es la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con la procedencia de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023-I?
- ¿Cuál es la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023-I?

1.3. Justificación

1.3.1. Conveniencia

Numerosos estudios muestran que durante la pandemia los niveles de estrés, ansiedad y depresión de las personas aumentaron significativamente, tal como lo sugieren los antecedentes y el marco teórico de esta tesis. Es conveniente contrastar estos resultados provenientes de contextos diferentes, de otras regiones del Perú y de otros países.

1.3.2. Relevancia social

El presente trabajo repercutirá en el manejo de la salud mental de los estudiantes de nuestra universidad y de otras universidades, ya que se probará que los estudiantes universitarios presentan ansiedad, estrés y/o depresión relacionadas al retorno a clases



presenciales post COVID-19, situación que todas las instituciones educativas a nivel nacional están afrontando durante el curso de este año 2023.

1.3.3. Implicancias prácticas

Al tener el cambio de modalidad de enseñanza virtual de los alumnos de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco sucinto desde el semestre 2020-I y el retorno a las clases presenciales en el semestre 2023 -I es conveniente aplicar los cuestionarios y realizar esta investigación por temporalidad y disponibilidad de individuos de estudio.

1.3.4. Valor teórico

El presente trabajo servirá como base de posteriores investigaciones enfocadas en otros subgrupos como las diferentes escuelas profesionales de la universidad o a mayor escala sobre una la población de una determinada institución educativa sobre ansiedad, estrés y depresión en sus estudiantes.

1.3.5. Utilidad metodológica

El uso del análisis estadístico descriptivo, bivariado de Friedman, efecto de Kendall sobre Friedman para calcular el tamaño del efecto, Chi-cuadrado y Multivariado GLM es replicable a otros estudios que buscan relacionar variables cuantitativas y cualitativas.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar si el retorno a las clases presenciales ha incrementado la ansiedad, el estrés y la depresión de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I.



1.4.2. Objetivos Específicos

- Analizar la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con **la edad** de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023-I.
- Analizar la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con **el ciclo académico** de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I.
- Analizar la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con **la procedencia** de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I.
- Analizar la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con **la convivencia familiar** de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I.

1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial

El estudio se realiza en la Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, ciudad del Cusco, Perú.

1.5.2. Delimitación temporal

Se realizan dos mediciones, puesto que el estudio es longitudinal. La primera se aplica a final del semestre 2022 –I, en la última semana del mes de junio del 2022. La segunda, se aplica a la misma muestra en el transcurso del semestre 2023 –I, abril del 2023, cuando las clases presenciales son impartidas en las aulas universitarias y se han retomado en su totalidad las prácticas presenciales que implica la educación médica.



1.6. Aspectos éticos

El presente trabajo respeta los principios éticos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, y al reporte Belmont, cumpliendo los 3 principios éticos sobre el respeto del individuo, beneficencia y justicia (10). Se guardó la confidencialidad y la justicia de los datos obtenidos del cuestionario aplicado.

Se contó con el permiso del docente encargado del curso, de las autoridades universitarias de la Universidad Andina del Cusco y de los estudiantes a encuestar, a quienes, previo a su participación, se les solicitó su consentimiento verbal y se reafirmó con su firma en la encuesta en la primera hoja del cuestionario y número de DNI; a todos ellos se les explicó el carácter voluntario de su participación, así como, el objetivo del estudio, ya que su información obtenida será utilizada para los fines dados.

La información obtenida no requiere ser evaluada por un comité de ética ya que la naturaleza del estudio no es experimental y no se está interviniendo sobre los sujetos de estudio.



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales:

Jiyao Chen, Stephen X Zhang, Allen Yin, Jaime A Yáñez (Australia-2022) refieren en su trabajo de investigación titulado “Mental health symptoms during the COVID-19 pandemic in developing countries: A systematic review and meta-analysis” que el modelo metaanalítico explicó más del 51 % de la varianza de los síntomas de salud mental entre estos estudios ($R\text{-squared}=51,8\%$, $\tau^2=0,15$).

Las tasas de prevalencia de la depresión ($p=0,012$) son significativamente más altas que los de ansiedad. La prevalencia de síntomas graves de salud mental es significativamente más bajo que el de enfermedad mental moderada ($P<0,001$), que a su vez es significativamente inferior al de enfermedad mental leve ($P<0,001$). Los síntomas de salud de los estudiantes de medicina (38 %), los estudiantes adultos generales (30 %) y los trabajadores de atención médica de primera línea (HCW) (27 %) fueron más altos que los de los HCW generales (25 %) ($P<0,001$). Los estudiantes de medicina merecen una atención especial (11).

Wudneh Simegn, Baye Dagneu, Yigizie YeshawI (Ethiopia-2020) refieren en su trabajo de investigación titulado “Depression, anxiety, stress and their associated factors among Ethiopian University students during an early stage of COVID-19 pandemic: An online-based cross-sectional survey” que alrededor del 46,3 % con un IC 95 % (41,6 %, 50,8 %) de los estudiantes informaron depresión, mientras que el 52 % con un IC 95 % (47,1 %, 56,7 %) informó ansiedad y aproximadamente 28,6 % con IC 95 % (24,6 %, 32,9 %) informó estrés en el presente estudio.

Ser mujer y falta de acceso a materiales de lectura sobre COVID-19 eran factores de riesgo comunes para la depresión, la ansiedad y el estrés. Además, los estudiantes que informaron



no estar bien preparados para protegerse de la pandemia (aquellos con baja suficiencia), aquellos que no tienen material de lectura a mano sobre su profesión, y aquellos que no tenían suficiente acceso ininterrumpido a Internet estaban más deprimidos (12).

Wenjun Cao, Ziwei Fang, Guoqiang Hou, Mei Han y Xinrong Xu (China-2020) refieren en su trabajo de investigación titulado “The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China” que aproximadamente de un 24.9% de los estudiantes experimentaron síntomas de ansiedad durante el brote del COVID 19, considerando variables como vivir en áreas urbanas, rurales, factores económicos y vivir con sus padres con relación a la ansiedad. Sus resultados fueron que vivir en áreas urbanas, en contraste con áreas rurales áreas, fue un factor protector contra la ansiedad experimentada por los participantes ($OR = 0,810$, $IC\ del\ 95\% = 0,709 - 0,925$). También la estabilidad de los ingresos familiares de los estudiantes ($OR = 0,726$, $IC\ del\ 95\% = 0,645 - 0,817$) y la vida con los padres ($OR = 0,752$, $IC\ del\ 95\% = 0,596 - 0,950$) fueron factores protectores contra la ansiedad (13).

Chang Jinghui¹, Yuan Yuxin, Wang Dong (China-2020) en su trabajo de investigación titulado “Mental health status and its influencing factors among college students during the epidemic of COVID-19” mencionan que el 69.47% de los estudiantes universitarios tenía un alto nivel de conocimiento sobre el COVID-19. La incidencia porcentual de ansiedad fue 26,60% y las incidencias de ansiedad leve, moderada y severa fueron 23,19%, 2,71% y 0,70%, respectivamente. Se detectaron síntomas depresivos en el 21,16% de los estudiantes, y las incidencias de depresión leve, moderada y moderada a severa fueron 16,98%, 3,17% y 1,01%, respectivamente (14).

Wanqiu Tan, Fengyi Hao (China-2020) refiere en su trabajo de investigación titulada “Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental



health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce” que el regreso al trabajo después de la cuarentena en China no incrementó la incidencia de depresión, ansiedad y escala de estrés, siendo sus datos de prevalencia 10,8%, aproximadamente la mitad de un estudio que se realizó en 2003 con la pandemia del SARS, también se puede evidenciar una disminución sustancial de los niveles de ansiedad moderada y severa que se presentaron en China 28.8% al inicio del brote del COVID 19, es decir que los pacientes cuando regresaron al trabajo, ya el brote habría cesado en China y sus niveles de ansiedad disminuyeron por eso. Los encuestados que siempre se lavaban las manos después de toser se asociaron significativamente con puntuaciones más bajas de ansiedad y depresión DASS-21 en comparación con los encuestados que rara vez se lavaban las manos después de toser $-2.27 (-3.54, -0.99) p = 0.001$ asociando factores de psiconeuoinmunidad con la reducción de síntomas ansiosos – depresivos durante el regreso al trabajo (15).

2.1.2. Antecedentes latinoamericanos:

Velázquez (México-2020) hace un análisis preliminar de conclusiones de la Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA) y del Cuestionario Percepción del Estrés Académico en estudiantes universitarios asociado a la COVID-19 en la Universidad de Chiapas – México. Los resultados de la comparación fueron tomados de tres instancias: pre-contingencia, inicial y actual, que en el artículo se menciona están en proceso, donde se muestra una disminución de la motivación y del rendimiento académico con un aumento de la ansiedad y dificultades familiares, especialmente para estudiantes de escasos recursos económicos. Para verificar si hay una variación en la apreciación de los estudiantes del contexto traumático que les tocó experimentar en los últimos meses y que continuará. Las comunidades académicas deben hacer una indagación sobre el impacto que la pandemia tuvo en la salud mental de los estudiantes y sus docentes, y analizar también cuáles son los retos que la educación superior tiene que afrontar a futuro. (16)



Cristina Rodríguez-Hernández, Omar Medrano-Espinosa and Ariadne Hernández-Sánchez (México-2021) refieren en su trabajo de investigación titulado “Mental health of the Mexican population during the COVID-19 pandemic” que los resultados presentados en este trabajo son las primeras obtenidas con respecto a la salud en la población mexicana durante el COVID-19 período de contingencia. Curiosamente, la población es percibida como altamente resiliente; es decir, tiene la capacidad de asumir con flexibilidad situaciones extremas y superarlas, como lo demuestra los resultados obtenidos en RS-14. Concluyen en que los síntomas de los trastornos más comunes deben ser puestas a disposición, y así orientar a la población a estar más alerta y tener estrategias de autodetección para que el tiempo entre el inicio de los síntomas y acortar el diagnóstico de cualquier trastorno mental (17).

Ivana Lúcia Damásio Moutinho, Natalia de Castro Pecci Maddalena (Brasil-2016) refiere en su trabajo de investigación titulado "Depresión, estrés y ansiedad en estudiantes de medicina: una comparación transversal entre estudiantes de diferentes semestres" que tuvo como objetivo comparar la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes de medicina de todos los semestres de una escuela de medicina brasileña y evaluar sus respectivos factores asociados en donde Se obtuvieron respuestas de 761 (75.4%) estudiantes, de los cuales el 34.6% informaron sintomatología depresiva, el 37.2% mostraron síntomas de ansiedad y el 47.1% presentaron síntomas de estrés. Se encontraron diferencias significativas en: ansiedad - ANOVA: [$F = 2.536, p = 0.004$] entre el primer y décimo semestre ($p = 0.048$) y el primer y undécimo semestre ($p = 0.025$); depresión - ANOVA: [$F = 2.410, p = 0.006$] entre el primer y segundo semestre ($p = 0.045$); y estrés - ANOVA: [$F = 2.968, p = 0.001$] entre el séptimo y duodécimo semestre ($p = 0.044$), décimo y duodécimo semestre ($p = 0.011$), y undécimo y duodécimo semestre ($p = 0.001$). En conclusión, los hallazgos revelaron niveles elevados de síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés en estudiantes de



medicina, con diferencias marcadas entre los semestres del curso. El género y la religiosidad parecieron influir en la salud mental de los estudiantes de medicina. (18)

Ana Barrera-Herrera, Mariajosé Neira-Cofré, Paola Raipán-Gómez (Chile-2019) refiere en su trabajo de investigación titulado “Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos” que el objetivo de este estudio fue determinar la influencia del apoyo social percibido y los factores sociodemográficos, como el género y el nivel socioeconómico, en la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. En el marco de un diseño no experimental y transversal, se recopilaron datos de 449 estudiantes universitarios que completaron las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Los resultados revelaron que el apoyo social percibido se asoció de manera inversa con los síntomas psicopatológicos, lo que significa que, a mayor apoyo social percibido, menor sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. Además, se encontró que el apoyo familiar fue el predictor más fuerte en la prevención de la aparición de síntomas de salud mental. (19)

2.1.3. Antecedentes nacionales:

Kenyo D. Sandoval, Pilar V. Morote-Jayacc, Melissa Moreno-Molina, y Alvaro Taype-Rondan (Perú-2021) refieren en su trabajo de investigación titulado “Depresión, estrés y ansiedad en estudiantes de Medicina humana de Ayacucho (Perú) en el contexto de la pandemia por COVID-19” en relación a los factores asociados con la ansiedad, los alumnos que cursan de sexto a octavo ciclos tuvieron menos frecuencia general de ansiedad (moderada, grave o extremadamente grave) en comparación con los de primer a cuarto ciclo ($RP = 0,53$; $IC95\%$, $0,32-0,87$). En contraste con los estudiantes católicos, la frecuencia general de ansiedad fue menor en los que profesan otra religión ($RP = 0,42$; $IC95\%$, $0,20-$



0,88) o no son parte de alguna religión ($RP = 0,55$; $IC95\%$, 0,34-0,88). De igual manera, quienes declararon tener alguna enfermedad crónica diagnosticada presentaron mayor frecuencia general de ansiedad ($RP = 2,12$; $IC95\%$, 1,36-3,36). Con respecto a los factores involucrados con el estrés, los que tenían 22 a 23 años tuvieron menos frecuencia de estrés (moderado, grave o extremadamente grave) que los de que tenían una edad de 17 a 21 años ($RP = 0,35$; $IC95\%$, 0,14-0,88) (20).

Ida Contreras-Mendoza, Lincol Orlando Olivas-Ugarte, & Carlos De La Cruz-Valdiviano (Perú – 2021) en su trabajo de investigación titulado “Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos” refieren que el análisis factorial confirmatorio mostró la pertinencia del modelo de tres factores: $X^2/gl = 2.87$, $CFI = .91$, $TLI = .89$, $RMSEA = .05$ y $SRMR = .04$. Se corroboró que el estrés es predictor de ansiedad ($r = .88$, $r^2 = .76$) y depresión ($r = .86$, $r^2 = .74$), y que ansiedad y depresión ($r = .86$, $r^2 = .73$) suelen manifestarse en conjunto. Los coeficientes de consistencia interna alfa y omega $> .80$ demuestran la alta fiabilidad de las tres escalas.

Se concluye que las escalas DASS-21 cuentan con evidencias psicométricas para su aplicación como instrumento de cribado en adolescentes peruanos. No obstante, se sugiere realizar futuras investigaciones para obtener mayores evidencias de validez, fiabilidad y equidad, y elaborar datos normativos. (21)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Educación virtual

El Ministerio de Educación del Perú determinó la educación virtual o a distancia como el servicio educativo prestado de forma insólita, solamente por casos de variación en la condición epidemiológica establecida por el MINSA, por cuarentenas y/o condición de



comorbilidades de los alumnos. En este tipo de educación, el alumno no comparte el mismo espacio físico con sus compañeros y profesores para el crecimiento de sus competencias, pudiendo desarrollarse en contextos con y sin conexión. Los estudiantes acceden al servicio educativo desde una modalidad a distancia con acceso a vías como plataformas web, radio, televisión, tabletas, laptops, entre otros. En caso de no tener conexión, se implementa una estrategia de sesiones remotas sincrónicas y/o asincrónicas que aseguren la disposición del material educativo y este se complementa con llamadas o videollamadas. Para el desarrollo de este tipo de educación, el docente debe acordar los horarios y medios de comunicación necesarios con los alumnos y sus familias. (17)

2.2.2 Educación presencial

Martínez define: La educación presencial existe desde el principio de los tiempos, desde que el Homo Sapiens comenzó a distinguir. Ha constituido la base de la transferencia de conocimiento durante siglos, primordialmente aporta el hecho enriquecedor de la socialización, de la expresión de sensaciones, anhelos y emociones, que no es posible que sean emulados a distancia. En las clases presenciales, existen diferentes metodologías para impartir conocimiento, entre las que destacan:

- **Lección magistral:** método de exposición que implica presentación de un tópico estructurado con el objetivo de facilitar información sobre los contenidos la materia de estudio. La parte fundamental de esta estrategia es ocupada por la exposición verbal brindada por el docente.
- **Ejercicios y problemas:** el estudiante debe ser capaz de brindar soluciones adecuadas a partir del empleo de rutinas, fórmulas, o procesos para encontrar respuestas a la situación presentada.



- Estudio de casos: análisis total de un suceso, problema o situación real con el objetivo de conocerlo, deducirlo, resolverlo, generar ideas, contrastar información, reflexionar, completar conceptos, y entrenarse en los probables procedimientos alternativos de solución.
- Aprendizaje por proyectos: los estudiantes se dedican a realizar un proyecto en un tiempo dado con el fin de resolver un problema o abordar una tarea siguiendo los pasos de la planificación, diseño y ejecución de actividades propuestas.
- Flipped classroom (aula invertida): es la metodología consistente en transferir el trabajo pasivo de determinadas actividades fuera del aula, usando el tiempo de clase presencial para absolver dudas, promover procesos de aprendizaje, realizar ejercicios y prácticas, o realizar tareas de asimilación de ideas ya aprendidas fuera del aula, etc. El principio rector de este enfoque es simple: el tiempo de clase es extremadamente valioso y debe ser utilizado para completar tareas que, debido a su complejidad, el estudiante difícilmente puede completar por sí mismo o que podría tomar una cantidad excesiva de tiempo si las hace de forma individual.
- Tareas complementarias: redactar informes basados en investigaciones ya publicadas para una tarea o proyecto, ver películas académicas sugeridas o creadas por el profesor, presentaciones orales, seminarios, conferencias, entre otros. (22)

El Ministerio de Educación del Perú nos describe la instrucción presencial como una forma de instrucción en la que el maestro y los estudiantes están presentes en persona. Este tipo de beneficio se brindará en los establecimientos o programas educativos donde los estudiantes puedan asistir todos los días manteniendo una distancia física de un metro y los protocolos que fueron establecidos en este documento reglamentario (23).

2.2.3 Ansiedad



El trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-V se define como “ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).” (5)

Se describen los tipos de ansiedad que se relacionan con los síntomas que se evalúan en el DASS-21 aplicado a los estudiantes encuestados para este estudio, según la clasificación de los trastornos de ansiedad (DSM-V).

Se encuentran en esta categoría diagnóstica a todos aquellos trastornos cuyo esencial síntoma es la ansiedad manifestada por el paciente u observada por el clínico.

Trastorno de ansiedad por separación

Como lo demuestran al menos tres de las siguientes circunstancias, la ansiedad por separación se define como un miedo excesivo e inapropiado para el desarrollo de ser separado de aquellos a quienes uno se siente apegado.

- Incomodidad extrema que se desarrolla con el tiempo cada vez que se anticipa o se experimenta estar lejos del hogar o de las personas a las que se tiene mayor apego.
- Preocupación excesiva y continua sobre la perspectiva de perder a las personas más cercanas a o sobre la posibilidad de que puedan verse perjudicadas por una catástrofe, enfermedad, lesión o muerte.
- Preocupación excesiva y constante de que un evento negativo (como perderse, ser secuestrado, tener un accidente o enfermarse) resulte en la separación de una figura de apego cercano.
- Oposición constante a abandonar el lugar de residencia, ya sea por motivos laborales, escolares u otros, por temor a estar solo.



- Ansiedad excesiva y continua o resistencia para estar solo o la ausencia de figuras de apego importantes en el hogar o en otros lugares.
- Resistencia constante para dormir fuera de casa o sin estar cerca de una figura de apego confiable.
- Pesadillas recurrentes relacionadas con la separación.
- Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolor de estómago, náuseas y vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación de las principales figuras de apego. (5)

La ansiedad por separación está fuertemente correlacionada con el ausentismo, particularmente en la población pediátrica. Esto se debe a que los niños tienden a somatizar cuando están molestos, presentando una variedad de síntomas como dolores de cabeza, de estómago, vómitos, etc. Además, mientras aún están en clase, prestan menos atención a cómo avanzan las actividades académicas porque su miedo los mantiene alejados. centrados en cómo se sienten y alejados de otros estímulos. Esto se traduce en un menor rendimiento y, en consecuencia, una menor aclimatación académica. (5,7) Dicho comportamiento es extrapolable a la población estudiada.

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

En la fobia social, el contacto social en cualquiera de sus formas es en este caso el estímulo temido, lo que la persona evita y lo que le provoca síntomas de ansiedad. Dado que somos seres sociales y estamos frecuentemente expuestos a situaciones sociales, esto es muy incapacitante. En un esfuerzo por limitar su contacto social a los de su entorno, la persona con fobia social puede restringir severamente su vida. (5)

Para diagnosticar a una persona con fobia social, sintetizamos los criterios que presenta el DSM-V:



- Ansiedad o miedo intensos en una o más situaciones sociales en las que la persona puede estar sujeta al escrutinio de los demás. Tener una conversación con un extraño, actuar en público (como dar una charla) y ser observado mientras se hace algo.
- La persona tiene miedo de hacer algo, o de actuar de cierta manera, que se percibirá negativamente (es decir, humillar o avergonzar, causar rechazo u ofender a otros).
- La ansiedad o el miedo casi siempre se inducen en situaciones sociales.
- Con gran miedo o ansiedad, las personas evitan o se resisten a las situaciones sociales.
- El nivel de ansiedad o miedo es excesivo en comparación con la amenaza real que presenta el entorno social y el contexto sociocultural.
- La ansiedad, el miedo o la evitación son persistentes y suelen durar al menos seis meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación provocan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional social, laboral u otras áreas clave del funcionamiento.
- Es imposible vincular el miedo, la ansiedad o la evitación con los efectos secundarios fisiológicos de una sustancia u otro problema de salud. Los síntomas de un trastorno mental como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o el trastorno del espectro autista no son una explicación más adecuada para el miedo, la ansiedad o la evitación.
- El miedo, la ansiedad o la evitación obviamente no están relacionados o son excesivos si existe otra afección médica.



Trastorno de pánico

En el trastorno de pánico se presentan ataques de aparición súbita de miedo intenso o de malestar que alcanzan su máxima expresión en pocos minutos y que incluyen síntomas que detalla el DSM-V en sus criterios.

- Ataques de pánico imprevistos recurrentes, la aparición puede suceder desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad. Estos incluyen: nerviosismo, corazón acelerado o palpitante; sudoración, temblores o sacudidas, dificultad para respirar o asfixia, ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal, mareos, inestabilidad, aturdimiento o debilidad, sofocos, parestesias, pérdida de conciencia (sensación de irrealidad) o despersonalización (separación de uno mismo), miedo a perder el control o "volverse loco", miedo a la muerte.

Para el diagnóstico se requiere al menos uno de los cuatro síntomas que mencionamos seguidamente:

- Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos sucesos a continuación:

1. Preocupación o miedo persistente por futuros ataques de pánico o sus consecuencias.

2. Cambio de comportamiento mal adaptativo significativo asociado con los ataques.

- Ni los efectos fisiológicos de una sustancia ni otra condición médica pueden usarse para explicar la alteración.
- La alteración no se explica de mejor manera por otro trastorno mental. (5)

Trastorno de ansiedad generalizada



Los criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada son resumidos del DSM-V a continuación:

- Preocupación y ansiedad excesivas por varios eventos o actividades (como una actividad laboral o escolar), que ocurren con más frecuencia de lo que ha estado ausente durante al menos seis meses.
- El control de preocupaciones es un desafío para la persona.
- Tres (o más) de los siguientes seis síntomas están relacionados con la ansiedad y la preocupación, y al menos algunos de estos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes en los últimos seis meses: inquietud, sensación de estar atrapado o nervioso, cansarse fácilmente, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- Hay malestar clínicamente significativo o deterioro funcional provocado por la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas clave.
- La alteración no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de un fármaco ni a otra enfermedad.
- Otro trastorno mental no puede explicar más adecuadamente la perturbación. (5)

Características Clínicas

El paciente se quejará de un estado de preocupación excesiva desencadenada por detalles insignificantes de la vida diaria. Y esta se traducirá en problemas como: conciliar el sueño, irritabilidad, inquietud psicomotriz y somatizaciones diversas (cefaleas, tensión muscular, sudoración, palpitaciones, molestias digestivas), con frecuencia las somatizaciones son por



las que el paciente hará la consulta, y es por eso que son más frecuentes en atención primaria que en salud mental. También pueden tener síntomas como falta de atención y de concentración, que puede intervenir en que el paciente realice tareas de alta complejidad cognitiva.(7)

Epidemiología

Es frecuente y afecta a un 5% de la población en general en algún momento de la vida, aunque esta cifra crece en atención primaria. Como los trastornos de ansiedad, este trastorno suele aparecer en la juventud y afecta más a las mujeres que hombres (2:1).(7)

Con la excepción de la "fobia social", donde los números son comparables, el sexo femenino abarca el doble de casos de trastornos de ansiedad que el sexo masculino en todas las categorías de diagnóstico. Se cree que entre el 20 y el 30 por ciento de los pacientes que utilizan los servicios de atención primaria de nuestro sistema nacional de salud están lidiando con un trastorno de ansiedad, ya sea solo o en conjunto con otros trastornos. Solo el 5% de estos pacientes cuyos problemas están siendo tratados con medicamentos psicotrópicos tienen sus problemas resueltos. (7,24)

Etiología

Factores Genéticos

Se considera que la participación genética en la patogenia de este trastorno es moderada (30%).

Factores Neurobiológicos

Alteraciones en la neurotransmisión cerebral



Los neurotransmisores que están implicados en la ansiedad son el GABA, serotonina y noradrenalina. Estos pacientes podrían tener un aumento en la actividad B-carbonilas (agonistas inversos GABA), así como disminución de los receptores de benzodiazepinas.

Disfunción del circuito de la ansiedad y el miedo

Las estructuras como el núcleo del lecho de la estría terminal, se encuentra muy cercano a la amígdala y se asemeja en cuanto a morfología, neurotransmisores y conexiones con el hipotálamo y núcleos del tronco cerebral. Se cree que los efectos del factor liberador de corticotropina sobre este núcleo generan la ansiedad continua., además forma parte del sistema septo-hipocámpico que con el circuito de Papez, es el responsable de mediar la ansiedad y de los efectos de fármacos ansiolíticos. Gray lo llamó el sistema de inhibición conductual, que se activa cuando redirige la atención del organismo a un posible peligro. Se evidenciaron en jóvenes volúmenes grandes en la amígdala derecha. Contando con que la corteza prefrontal y el lóbulo temporal medial intervienen en mediar la ansiedad y el miedo. También hay mayor actividad cortical y una reducción de la actividad de los ganglios basales que explican la hipervigilancia en el TAG. (7,24)

Factores psicológicos

Desde un punto de vista psicológico los pacientes con TAG tienen una capacidad reducida de afrontar situaciones estresantes y una actitud hipervigilante que lleva a magnificar la importancia de situaciones menores. La vulnerabilidad se relaciona con la existencia de relaciones de apego inseguras en la infancia. Los pacientes con TAG utilizan la preocupación como un mecanismo de defensa para evitar posibles efectos negativos. Es decir que se preocupan más por amenazas poco probables, esto interviene en la capacidad de encontrar soluciones a conflictos inmediatos. También pueden tener un cierto grado de pensamiento mágico, porque creen que ayuda a evitar desenlaces temidos, reforzando estos pensamientos.



En lo que respecta a lo cognitivo estos pacientes crecen con estímulos pensando que el mundo es un lugar peligroso.(24)

2.2.4. Estrés

El estrés es una reacción psicológica, fisiológica o emocional que tiene una persona cuando intenta hacer frente a presiones internas o externas; incluso los eventos positivos que exigen un cambio significativo o sugieren algún tipo de proceso de adaptación física o psicológica pueden causar estrés.

Es un síndrome que los psicólogos describen como un "dolor emocional" causado por la "combinación de tres elementos: el entorno, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Estos interactúan de una manera que hace que alguien se sienta agitado, enojado o deprimido". (6)

En 1986, Lazarus y Folkman desarrollaron un modelo cognitivo para evaluar el estrés, definiéndolo como una colección de relaciones entre la evaluación de una situación y la capacidad de manejarla. Ante un peligro potencial, real o imaginario, esta relación crea tensiones y manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales que afectan la forma en que el individuo percibe el bienestar. Una de las funciones adaptativas del estrés es intentar que las cosas vuelvan a equilibrarse en condiciones novedosas. (25)

Barraza observa que el aislamiento social, el encierro, el miedo al contagio y la suspensión de actividades sociales, profesionales y recreativas han generado altos niveles de estrés en la población mexicana que abarca su estudio. Explica que este síndrome es un mecanismo adaptativo de las personas compuesto por tres momentos: percepción, reacción y acción



como respuesta: La percepción por parte del ser humano de situaciones que representan un riesgo, una amenaza o un peligro para su integridad personal marca el inicio de este proceso. A raíz de esta percepción, un humano experimenta una serie de reacciones que le sirven de alarma del peligro que se cierne sobre él. Finalmente, después de que se ha identificado la situación que puede representar una amenaza y el cuerpo está listo para actuar, el ser humano toma medidas para proteger su integridad personal. (25)

Si bien el estrés puede ayudarlo a mantener el equilibrio frente a los desafíos ambientales, cuando el estrés es intenso y prolongado, puede tener efectos graves a largo plazo. (7,25)

Clasificación

Estrés académico

El estrés conlleva a un proceso sistémico con rasgos de adaptación, especialmente psicológico, que se evidencia de manera representativa y se da con mayor intensidad en la educación media y superior. (5)

La percepción de los estudiantes sobre su capacidad para hacer frente con éxito a las exigencias académicas puede generar pensamientos y sentimientos negativos, efectos físicos como somnolencia, dolores de cabeza, ansiedad, falta de concentración, desorganización y dificultad para adaptarse. Se ha establecido que existe una relación positiva entre la autoimagen en el aprendizaje y la resistencia al estrés. (7)

El estrés académico se manifiesta en tres etapas: primero, el estudiante experimenta demandas que, en su opinión, son estresantes mientras asiste a la universidad. Los factores estresantes pueden crear rápidamente una situación estresante que se manifiesta como una variedad de síntomas o respuestas físicas, psicológicas o conductuales. Finalmente, el tercer momento está enmarcado por el desequilibrio sistémico que provoca que el estudiante ejecute estrategias de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico. (25)



El estrés académico afecta a tal punto el desarrollo normal de las personas que se ha desarrollado un nuevo campo disciplinar denominado psiconeuroinmunoendocrinología para analizarlo. Este campo permite a los investigadores comprender las conexiones entre el estrés y otras patologías como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, los trastornos del sueño y la ansiedad, entre otras. El estrés académico afecta a personas de todas las edades y es frecuente.

Es necesario señalar que cada persona suele utilizar diferentes estilos de afrontamiento en función a su dominio, ya sea que haya aprendido o lo haya descubierto de manera fortuita en una situación de estrés. (6)

Características clínicas

La clínica del estrés está dada por los signos y síntomas que se identifican en el segundo momento, descrito por Barraza anteriormente. (25) Estas manifestaciones toman muchas formas, incluyendo reacciones conductuales (conflicto, aislamiento, desgano o trastornos alimentarios), psicológicas (inquietud, depresión, ansiedad e irritabilidad) y físicas (insomnio, fatiga, dolores de cabeza, dolor abdominal, onicofagia o somnolencia). (26)

Epidemiología

Los estudios han encontrado niveles variables de estrés académico entre los estudiantes, identificando algunos una alta prevalencia y otros una prevalencia moderada. De lo anterior se desprende que los niveles de estrés académico de los estudiantes pueden estar influenciados por factores personales, familiares o sociales.

En cuanto a los factores sociodemográficos, numerosos estudios han encontrado una correlación entre la prevalencia de estrés académico y el sexo, la edad y el año de estudio de los estudiantes. (26)



Etiología

El enfoque sistémico cognitivo, que sustenta su conceptualización a partir de cuatro hipótesis teóricas, es actualmente una de las perspectivas teóricas que respeta este carácter procesual y comprensivo del estrés.

1.- La hipótesis de los componentes sistémico-procesuales del estrés: a partir de la visión del individuo como un sistema abierto, se definen sus tres componentes sistémicos, ilustrando el flujo de entradas (entradas o estresores) y salidas (salidas o mecanismos de afrontamiento). afrontamiento) que dan como resultado un desequilibrio sistémico (síntomas) en la persona.

2. La idea de que el estrés es una condición psicológica pone un fuerte énfasis en la evaluación cognitiva de la persona como un proceso mediador por el cual las demandas o necesidades del entorno se convierten en estresores.

3. La noción de indicadores de desequilibrio sistémico se refiere a las respuestas o síntomas de estrés psicológicos, físicos o conductuales que demuestran el desequilibrio sistémico que resulta del estrés en los seres humanos.

4. La hipótesis de afrontamiento centra la atención en las acciones cognitivas o conductuales que realiza una persona para restablecer el equilibrio sistémico que ha sido interrumpido por el estrés. Las estrategias de manejo del estrés son las acciones mencionadas aquí. (25,26)

Las exigencias académicas y el tiempo limitado disponible para su realización — comúnmente denominada sobrecarga académica—, así como los exámenes, el exceso de



horas diarias en clase —que reduce el tiempo de estudio y las tareas— determinan la prevalencia del estrés académico en estudiantes de educación superior. (25)

2.2.5. Depresión

La depresión se identifica mediante sus síntomas nucleares: tristeza y anhedonia. En la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud se describe la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo aparece marcadamente deprimido y predominan los sentimientos de tristeza e infelicidad.

Se describen los tipos de depresión que se relacionan con los síntomas que se evalúan en el DASS-21 aplicado a los estudiantes encuestados para este estudio, según la clasificación de los trastornos de ansiedad (DSM-V).

Trastorno de depresión mayor

- Cinco (o más) de los siguientes síntomas ocurren en las mismas dos semanas y representan un cambio con respecto a la actividad anterior; Al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
 1. Estado de ánimo deprimido casi todo el día, casi a diario, según lo indicado por información subjetiva u observaciones de otras personas.
 2. Interés o placer significativamente reducido en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días (según lo indicado por informes u observaciones subjetivas).
 3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta ni engordar, reduciendo o aumentando los antojos casi a diario.
 4. Insomnio o somnolencia excesiva casi todos los días.



5. Agitación psicomotora o letargo casi a diario (observado por otros, no solo sentimientos subjetivos de inquietud o lentitud).
 6. Fatiga o poca energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (posiblemente paranoia) casi a diario (no solo autculpabilidad o culpa por la enfermedad).
 8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi a diario (basado en información subjetiva u observaciones de otras personas).
 9. Pensamientos frecuentes de muerte (no solo miedo a la muerte), pensamientos suicidas frecuentes sin un plan específico, ideación suicida o plan específico a implementar.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
 - El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.



- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, más presente que ausente, según lo indicado por información subjetiva u observaciones de otras personas, durante al menos dos años.
- Presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas durante un episodio depresivo: pérdida de apetito o comer en exceso, insomnio o aumento de la somnolencia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sensación de desesperanza.
- Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la enfermedad, la persona nunca ha tenido los síntomas enumerados en los dos primeros criterios durante más de dos meses consecutivos.
- Los criterios de trastorno depresivo mayor pueden persistir durante dos años.
- Nunca ha tenido un episodio maníaco o hipomaníaco y nunca ha cumplido los criterios de psicosis cíclica.
- El trastorno no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno esquizoafectivo especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.
- Los síntomas no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de la sustancia u otra enfermedad.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de la vida.

Características Clínicas

Los síntomas que se presentan en los trastornos depresivos se puede agrupar en cinco categorías diferentes:

Síntomas afectivos y emocionales



La tristeza patológica o la disminución del estado de ánimo son los síntomas afectivos más destacados de la depresión. Las diferentes formas de expresar y describir esta tristeza incluyen abatimiento emocional, pesimismo, impotencia y amargura. A veces, quienes están deprimidos mencionan sentimientos de vacío, entumecimiento, anestesia emocional o incapacidad para sentir. En lugar de tristeza, la irritabilidad o la inestabilidad pueden ser el síntoma principal en niños, adolescentes y ancianos. (7)

Otros síntomas anímicos que pueden acompañar a la depresión son la disforia (malestar por la vida, disgusto o insatisfacción vital), la anhedonia (incapacidad para experimentar placer o para disfrutar de las cosas), la ansiedad, los sentimientos de soledad y aislamiento o de incapacidad, los sentimientos de culpa y de fracaso y los deseos incontrolables de llorar, aunque en las formas crónicas la persona puede manifestar un bloqueo emocional, sintiéndose incapaz de llorar.

Síntomas cognitivos

Con frecuencia, las personas tienen problemas de atención, particularmente de concentración y de memoria, que tienden a causar olvidos, que es un síntoma muy común de los trastornos depresivos. Por otro lado, aumenta la atención autocentrada y el foco en los estímulos desfavorables; es más probable que una persona deprimida tenga una visión pesimista de sí misma, de otras personas, del mundo y del futuro.

Otras quejas frecuentes se relacionan con lentitud o dificultad para pensar, confusión de ideas e incluso inhibición, en los casos más graves. Las personas también se preocupan con frecuencia, dudan a la hora de tomar decisiones y rumian en exceso.

Síntomas conductuales

Otro síntoma característico al que son propensas la mayoría de las personas con depresión es la reducción de la actividad física. Además, pueden presentar retraso psicomotor o letargo,



marcha lenta y pasos pequeños, reacciones lentas, gestos lentos (reverencias, postura encorvada, mal contacto visual), voz baja, etc.) y en la mayoría de los casos graves coma extremo. Una persona deprimida deja de hacer lo que antes amaba y poco a poco deja de salir e interactuar con otras personas, posiblemente incluso renunciando a responsabilidades (familia, trabajo, etc.) aislándose y empeorando su depresión.

Síntomas motivacionales

Junto con la tristeza, el otro síntoma principal de la depresión es la apatía, el aburrimiento, la apatía y la incapacidad de disfrutar las cosas o experimentar alegría. Todos estos síntomas de pérdida de motivación también conducen a la dificultad para realizar actividades normales, como ir al trabajo o ducharse, así como a la dificultad para tomar decisiones cotidianas.

Síntomas somáticos

Al menos la mitad de las personas con depresión a menudo tienen diferentes síntomas físicos por una variedad de razones. Los dolores de cabeza y musculares se encuentran entre los más comunes, al igual que la visión borrosa, la sequedad de boca o las molestias abdominales (diarrea, hinchazón, estreñimiento, vómitos, náuseas, entre otros). Aún más comunes, que afectan a alrededor del 60% de las personas con depresión, son los problemas para dormir. Así, alrededor del 70-90% de estas personas tienen problemas de insomnio inicial, intermedio o final, que se manifiestan principalmente como despertares nocturnos frecuentes o despertares tempranos (se despiertan al amanecer y ya no pueden dormir), caen dormidos o sentir sueño. A veces, las personas con depresión pueden sentirse excesivamente somnolientas o privadas de sueño. Otros síntomas físicos comunes incluyen pérdida de energía, pérdida de apetito o disminución del deseo sexual, y ambos sexos tienen problemas durante la excitación y el orgasmo. (7)



Evolución, curso y pronóstico

La mayoría de las personas con depresión se recuperan en aproximadamente un año, aunque el 15 % de los casos resultan en una condición crónica; esta tendencia es más frecuente en las mujeres, las personas mayores y las que se muestran renuentes a buscar tratamiento.

El curso del Trastorno Depresivo Mayor recurrente presenta una gran variabilidad, que va desde episodios depresivos aislados (sin continuidad entre ellos) hasta episodios depresivos que se repiten. Las recurrencias o recurrencias son frecuentes en el 50-60% de los casos, y son más frecuentes en personas de edad avanzada, en casos de inicio precoz, o en los primeros tres meses tras el episodio depresivo. La cantidad de episodios depresivos que una persona ha tenido en el pasado es en realidad uno de los mejores indicadores de recaída.

Cuando se trata del trastorno distímico, el curso suele ser crónico, con frecuencia comienza en la niñez, la adolescencia o la adultez temprana, y ocurre con mucha más frecuencia en los ancianos.

En cuanto a las tasas de recuperación, los datos muestran que, en comparación con las personas con trastorno depresivo mayor, la mitad de los casos se recuperan al cabo de un año. (7)

Epidemiología

Según las estadísticas, uno de los trastornos psicopatológicos más comunes es la depresión. Según los estudios, el 3 % de las personas tienen distimia y alrededor del 10 % de la población general ha experimentado un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida. Pero, ¿es cierto que afecta más a las mujeres que a los hombres? La respuesta es sí: por



cada hombre que experimenta depresión, hay dos mujeres deprimidas. En particular, los datos indican que el trastorno depresivo mayor afecta dos veces más a las mujeres (10-25%) que a los hombres (entre 5-12%). Lo mismo ocurre con el trastorno distímico, donde las mujeres tienen el doble de probabilidades de desarrollarlo (4,6 % frente a 20,6 %). El lector ahora puede tener curiosidad acerca de las posibles razones de esta mayor prevalencia en las mujeres. Los hallazgos de la investigación, que hablan de causas genéticas, sociales, culturales y educativas, son inconsistentes en este sentido. Por tanto, los distintos estudios explican por qué las mujeres experimentan depresión en mayor medida que los hombres debido a diferencias hormonales, mayor aislamiento social, recibir menos apoyo social y menos experiencias gratificantes, así como mayores niveles de estrés y mayor dependencia de los demás a la hora de formar su vida. identidades propias. (24)

Aunque el trastorno depresivo mayor puede manifestarse a cualquier edad, los datos indican un mayor rango de riesgo entre los 25 y los 45 años (la edad media de inicio es de alrededor de los 35 años). Los hombres parecen experimentar depresión con más frecuencia entre los 30 y los 50 años que las mujeres entre los 18 y los 30 años. Tanto los hombres como las mujeres tienen menos probabilidades de experimentar depresión una vez que alcanzan los 45 años. es más baja que la del trastorno depresivo mayor, y a menudo comienza en la primera infancia, la adolescencia o la edad adulta temprana. (24)

Etiología

Teorías Explicativas

Tanto los modelos biológicos como los psicológicos se han utilizado para desarrollar una serie de teorías para explicar la depresión. Es importante destacar los modelos biológicos que vinculan la depresión con cambios en la producción o función de neurotransmisores cerebrales específicos, así como las teorías que vinculan la depresión con las teorías



genéticas del trastorno. Dado que los modelos conductuales y cognitivos cuentan con el apoyo más experimental y empírico, en este trabajo nos concentraremos principalmente en aquellas teorías que los sustentan.

Modelos biológicos

Teorías genéticas

Los resultados de numerosos estudios con gemelos idénticos, monocigóticos y heterocigóticos parecen respaldar la noción de que los trastornos depresivos son algo hereditarios. Por ejemplo, se ha encontrado que los gemelos idénticos y los gemelos no idénticos tienen una tasa de concordancia para el trastorno depresivo mayor de 0,59 y 0,30, respectivamente. Además, un metaanálisis de numerosos estudios genéticos sobre la depresión encontró que la depresión mayor tiene una tasa de heredabilidad de por vida del 37%.

Teorías bioquímicas

La hipótesis catecolaminérgica y la hipótesis serotoninérgica caen dentro de la categoría de teorías bioquímicas de la depresión. La primera de estas hipótesis plantea que la depresión puede explicarse por niveles bajos de dopamina y norepinefrina o por una deficiencia en su actividad como neurotransmisores catecolaminérgicos. La hipótesis serotoninérgica, por otro lado, sostiene que los niveles bajos de serotonina aumentan la susceptibilidad de una persona a la depresión y que la norepinefrina y otros neurotransmisores son necesarios para que una persona realmente experimente depresión.(24)

Modelos psicológicos

Perspectiva conductual



A partir de los modelos conductuales, las teorías tradicionales explicaban la falta de actividad de la persona deprimida por la pérdida, retraimiento o reducción de reforzadores o resultados positivos que podían obtenerse de su entorno social, cuyo origen se encuentra tanto en los cambios o acontecimientos ocurridos en la vida del sujeto (problemas económicos, problemas de salud, viudez, etc.). (como en la forma "evitativa" de actuar después de sentirse deprimido). Como consecuencia, la persona experimenta desmotivación o pérdida de interés, lo que a su vez hace que reduzca paulatinamente su actividad y comportamiento. Se vuelven más retraídos, dejan de ocuparse de sus asuntos diarios y dejan de interactuar con los demás. otros, y siempre está pensando en las cosas. (7)

Teorías cognitivas

Nos concentraremos en la teoría cognitiva de la depresión de Beck, una de las teorías psicológicas de la depresión más conocidas. Basada en tres presunciones principales, las cuales se sintetizan a continuación:

1. El término "tríada cognitiva negativa" describe los patrones de pensamiento automáticos y voluntarios de una persona que incluyen una visión negativa del sujeto mismo, una visión negativa del mundo que ya no le interesa y hace que se sienta profundamente desmotivado, y un visión negativa y sombría del futuro.
2. Los esquemas cognitivos inadecuados son patrones de pensamiento que una persona ha ido desarrollando desde la infancia. Les hacen ver el mundo de una manera sesgada y negativa al tiempo que limitan su capacidad para hacer frente a situaciones estresantes en su vida diaria.
3. Los errores cognitivos son fallas en el procesamiento de la información que llevan a una persona deprimida a percibir e interpretar el mundo negativamente. La inferencia arbitraria,



la abstracción selectiva, la sobre generalización, el pensamiento dicotómico, la personalización y la maximización y minimización son algunos de estos errores.

La persona experimenta un evento depresivo, lo que cambia su estado de ánimo inicialmente, y luego, el evento y sus síntomas se amplifican, dando como resultado un estado depresivo. Estos errores en el procesamiento de la información son los que hacen que la persona experimente depresión. (24)

2.3. Definición de Términos Básicos

Ciclo académico: Periodo de tiempo, que dependiendo del lugar de enseñanza puede ser semestral, cuatrimestral, etc. en que los alumnos asisten a sus centros de enseñanza para completar las competencias de sus cursos de acuerdo con el centro de enseñanza.

Procedencia: Origen, principio de donde nace o se deriva algo.

Convivencia familiar: Es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros) con un grupo de personas formado por una pareja (normalmente unida por lazos legales o religiosos) o conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.

Familia nuclear (biparental): Integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos

Familia compuesta: integrada por una pareja o uno de los miembros de esta, con uno o más hijos, y por otros parientes y no parientes

Familia monoparental: Integrada por uno de los padres y uno o más hijos

Familia extensa: Aquella integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos, y por otros parientes. Más de dos generaciones en el mismo hogar.

Familia disgregada: Persona que vive sola



Educación: Es el proceso de facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos, así como habilidades, valores, creencias y hábitos. El proceso educativo se da a través de la investigación, el debate, la narración de cuentos, la discusión, la enseñanza, el ejemplo y la formación en general.

Educación virtual: Significa que se genera un proceso educativo, una acción comunicativa con intenciones de formación, en un lugar distinto del salón de clases: en el ciberespacio.

Educación presencial: La educación presencial o convencional, es aquella que requiere y exige la presencia obligatoria del alumno en el aula, donde el aprendizaje es dirigido mediante un profesor, quien en su función más tradicional es explicar, aclarar y comunicar ideas y experiencias.

Estudiante: El estudiante es aquel sujeto que tiene como ocupación principal la actividad de estudiar, percibiendo tal actividad desde el ámbito académico. Se trata pues, de una persona que se dedica a la comprensión profunda de diferentes temas que pueden servirle en el futuro, comenzando con temas básicos, hasta algunos más avanzados.

Covid-19: El COVID-19 (enfermedad del coronavirus 2019) es una enfermedad causada por un virus llamado SARS-CoV-2. Puede ser muy contagioso y se propaga rápidamente. Con mayor frecuencia, los síntomas que causa el COVID-19 son respiratorios y se parecen a los de un resfriado, la influenza o la neumonía. El COVID-19 puede atacar a otras partes del organismo además de sus pulmones y sistema respiratorio. La mayoría de las personas con COVID-19 tienen síntomas leves, pero algunas se enferman gravemente. La declaración federal de emergencia de salud pública del COVID-19 finalizará el 11 de mayo del 2023.

Estrés: Respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo hacia una demanda o intrusión perjudicante, es decir, ante un estímulo que puede ser un objeto, evento o persona.



Ansiedad: Estado de preocupación excesiva desencadenada por detalles insignificantes de la vida diaria que se traduce en problemas para conciliar el sueño, irritabilidad, inquietud psicomotriz y somatizaciones diversas. También pueden tener síntomas como falta de atención y de concentración, que puede intervenir en que el paciente realice tareas de alta complejidad cognitiva.

Depresión: Psicosis afectiva en la que el ánimo aparece marcadamente deprimido y predominan los sentimientos de tristeza e infelicidad.

Encuesta: Es un método empírico de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra. Por la información que se obtiene a través de la encuesta, el investigador puede conocer los factores o causas que han generado un fenómeno, la valoración que hacen los sujetos y las dificultades que se afrontan en el desarrollo de determinada tarea.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis de investigación (Hi)

El retorno a clases presenciales incrementó la ansiedad, estrés y depresión en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I.

2.4.2. Hipótesis alternante (Ha)

El retorno a clases presenciales disminuyó la ansiedad, estrés y depresión en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I.

2.4.3. Hipótesis nula (H0)



El retorno a clases presenciales no afectó la ansiedad, estrés y depresión en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023-I.

2.5. Variables

2.5.1. Variable independiente

Retorno a clases presenciales

2.5.2. Variables dependientes

Ansiedad

Estrés

Depresión

2.5.3. Variables intervinientes

Edad

Ciclo académico

Procedencia

Convivencia Familiar



2.6. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones de la variable	Tipo De Variable	Categoría de la variable	Naturaleza de la variable	Escala De Medición	Indicador de la variable	Codificación	Fuente de Información	Definición operacional
Retorno de alumnos a clases presenciales	La educación presencial es aquella que requiere y exige la presencia obligatoria del alumno en el aula.	Social	Independiente	-Educación remoto -Educación presencial	Cuantitativa	Razón	Alumnos en educación virtual. Alumnos en educación presencial.	Alumnos en educación virtual. (1) Alumnos en educación presencial. (2)	Sistema ERP	Medir la muestra de alumnos en educación virtual. (1) Medir la muestra de alumnos en educación presencial. (2)
Ansiedad	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente, en relación con diversos sucesos o actividades.	Psiquiatría Psicología	Dependiente	-Ansiedad -No Ansiedad	Cualitativa	Nominal	Incidencia y Prevalencia de Ansiedad	DASS-21 ANSIEDAD (1)	DASS-21	Medir si los alumnos tienen ansiedad o no.
Estrés	Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior	Psiquiatría Psicología	Dependiente	-Estrés -No estrés	Cualitativa	Nominal	Incidencia y Prevalencia de Ansiedad	DASS-21 ESTRÉS (2)	DASS-21	Medir si los alumnos tienen estrés o no.



	al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.									
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Psiquiatría Psicología	Dependiente	-Depresión -No depresión	Cualitativa	Nominal	Incidencia y Prevalencia de Ansiedad	DASS-21 DEPRESIÓN (3)	DASS-21	Medir si los alumnos tienen depresión o no.
Edad	Años cumplidos hasta la fecha	Biología	Interviniente	Juventud Adulthood	Cualitativa	Intervalos	Años cumplidos	18-21años (1) 22-23 años (2) 24-25 años (3) 26 a más años (4)	Encuesta	Medir el rango de edad en que se encuentran los alumnos
Ciclo académico	Periodo de tiempo, que dependiendo del lugar de enseñanza, donde los alumnos asisten a sus centros para	Educación	Interviniente	1er Ciclo 2do Ciclo 3er Ciclo 4to Ciclo 5to Ciclo 6to Ciclo 7mo Ciclo 8avo Ciclo 9no Ciclo	Cualitativa	Nominal	Número de ciclos ejecutados	De 1er a 5to ciclo (2) De 6to a 10mo ciclo (1)	Encuesta	Medir los ciclos que cursan los alumnos. - De 1er a 5to ciclo - De 6to a 10mo ciclo



	completar las competencias de sus cursos.			10mo Ciclo						
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	Geografía	Interviniente	Regional	Cualitativa	Nominal	-Cusco -Otros	Cusco (1) Otros (2)	Encuesta	Medir la procedencia de los alumnos -Cusco -Otros
Convivencia Familiar	Convivencia es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros) con un grupo de personas formado por una pareja (normalmente unida por lazos legales o religiosos) o conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.	Social	Interviniente	Familia nuclear (biparental) Familia monoparental. Familia adoptiva. Familia sin hijos. Familia de padres separados. Familia compuesta. Familia homoparental. Familia extensa. Solo	Cualitativa	Nominal	Familia nuclear (biparental) Familia compuesta Familia monoparental. Familia extensa Familia disgregada - solo.	Familia nuclear (biparental) (1) Familia compuesta (2) Familia monoparental (3) Familia extensa (4) Familia disgregada - solo (5)	Encuesta	Medir el tipo de convivencia familiar que tienen. -Vivo con mis padres -No vivo con mis padres -Otros



CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Alcance de la investigación

Es analítico y correlacional porque vamos a ver la asociación entre la ansiedad, estrés y/o depresión con el retorno a clases presenciales, considerando que estas patologías pudieron aumentar en los alumnos al retomar después de haber estado recibiendo clases virtuales por el periodo de casi dos años de la pandemia del COVID-19.

De esta manera, se estudió a los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco durante dos tiempos, semestre 2022-I y 2023-I, con base en la encuesta DASS-21 modificada que determinó grados de ansiedad, estrés y depresión y su correlación con las variables intervinientes.

3.2 Diseño de la investigación

La investigación es de tipo observacional, prospectiva, longitudinal.

Observacional porque no se intervinieron ni modificaron las variables, sólo se observó la presencia o ausencia de variables dependientes: ansiedad, estrés y depresión, habiendo sido estas influenciadas o no por el retorno a clases presenciales, variable independiente.

Prospectiva, ya que la recolección fue en base a cuestionarios aplicados a los sujetos de estudio. Hechos que ocurrieron en Junio del 2022 a un tiempo futuro que fue Abril del 2023.

Observamos el comportamiento de los individuos entre ambas mediciones en el tiempo y se determinó si se desarrolló o incrementó la ansiedad, el estrés y/o la depresión a lo largo de esta investigación.

Por el tiempo de exposición del fenómeno fue longitudinal, ya que la recolección de datos se realiza en dos oportunidades debido a que la variable independiente, retorno a clases presenciales, puede modificar el comportamiento del individuo en si tiene ansiedad, estrés y/o depresión o no.



3.2.1. Escenario espacio temporal

La Universidad Andina del Cusco es una de las universidades del Perú licenciada por SUNEDU desde el año 2018, la Facultad de Ciencias de la Salud se ubica en la ciudad universitaria de Qollana, dicha facultad se encuentran las carreras profesionales de Medicina Humana, Odontología, Enfermería, Obstetricia y Tecnología Médica y se encuentra equipada con más de 20 tipos de laboratorio que abarcan todos los ámbitos de la formación académica del alumno de Ciencias de la Salud, en donde se encuentra la escuela Profesional de Medicina Humana. Las aulas se encuentran equipadas con proyectores, pizarras inteligentes, cortinas y una pizarra normal, así también como sillas y mesas para 2 alumnos, albergando un total de 50 alumnos máximo por aula. Los laboratorios se encuentran equipados, existen laboratorios de morfofisiología, histología, bioquímica, y otros, así también como un anfiteatro que se encuentra en el primer piso de las instalaciones. El campus universitario de Qollana cuenta con áreas de socialización como la biblioteca con computadoras y salas de estudio, así como un cafetín para los alumnos. Además, existen áreas verdes de socialización para descansar o pasar el rato entre clases. (27)

En cuanto a temporalidad, la tesis se desarrolló en dos tiempos, en el semestre 2022-I, el cual se desarrolló de manera virtual y en el semestre 2023-I en el cual se concretó el retorno a la presencialidad.

3.3 Población

3.3.1. Descripción de la Población

La población está formada por todo estudiante que se encuentre matriculado en la Escuela Profesional de Medicina Humana en el semestre 2022-I y 2023-I.

3.3.2. Criterios de Selección



3.3.2.1. Criterios De Inclusión

- ✓ Estar matriculado a la Escuela Profesional de Medicina Humana en el semestre 2022-I y 2023 -I. (Se verificó mediante el sistema ERP de la Escuela)
- ✓ Cursar entre el 1ero al 10mo semestre al momento de la primera medición. (Se verificó mediante el sistema ERP de la Escuela)
- ✓ Realizar el cuestionario de manera completa. (Al terminar el cuestionario se verificó su validez)

3.3.2.2. Criterios De Exclusión

- ✓ Estudiantes menores de edad (Se verificará mediante DNI)
- ✓ Estudiantes que no desean participar en el estudio (El consentimiento informado el estudiante lo dio con su firma y colocando su DNI al inicio del cuestionario)

3.4. Muestra

Aplicando la fórmula de tamaño de la muestra para una población conocida tenemos:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2(N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

En donde:

n = es el tamaño de la muestra poblacional a obtener: 278

N = es el tamaño de la población total: 990

σ = representa la desviación estándar de la población 1.00

Z = es el valor obtenido mediante niveles de confianza: 1.96

e = representa el límite aceptable de error muestral: 0.05



Se usa como estudio base los valores de la investigación de Ida Contreras-Mendoza, Lincol Orlando Olivas-Ugarte, & Carlos De La Cruz-Valdiviano (Perú – 2020) titulado Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos en donde la DE es de (1.00) y el error muestral es de (0.05). (21)

Nivel de confianza: 95% 99%

Margen de Error:

Población:

Tamaño de Muestra:

Se obtiene el tamaño muestral de 278 participantes.

El tipo de muestro que se realizó es el de ASIGNACIÓN PROPORCIONAL, en el cual los tamaños muestrales de cada estrato tendrán un número de unidades en forma proporcional a las de los estratos poblacionales. De acuerdo con la fórmula:

$$w_1 = \frac{N_1}{N}$$

$$n_i = n \left(\frac{N_i}{N} \right)$$

n = tamaño de la muestra
L = número de estratos
N_i = Número de unidades muestrales en el estrato "i"
N = Número de unidades muestrales en la población
N₁ + N₂ + N₃ + ... = N_L



Entonces, según la lista proporcionada por la Secretaría de la Escuela Profesional de Medicina Humana para el semestre 2022 -I se tiene la siguiente tabla en que se aplica este muestreo:

CICLO L=Estrato	N° Alumnos Ni=Población	W=Peso proporcional	ni=Muestra de asignación proporcional
I	53	5%	15
II	60	6%	17
III	65	7%	18
IV	61	6%	17
V	26	3%	7
VI	113	11%	32
VII	186	19%	52
VIII	145	15%	41
IX	140	14%	39
X	141	14%	40
TOTAL	990	100%	278

En este número de estudiantes por semestre a ser encuestados se realiza un muestreo no probabilístico, por conveniencia, para completar el tamaño de muestra requerido para el objetivo.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se usó fue la aplicación del cuestionario DASS-21 y los ítems que se agregaron (DNI, sexo, edad, procedencia, convivencia familiar, semestre que se cursa) fueron validados por expertos en el área de estudio.

Se hizo uso del cuestionario DASS-21 versión abreviada de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) con ítems agregados: edad, ciclo académico, procedencia y convivencia familiar, que se aplicó con el correspondiente consentimiento informado por parte del participante de la investigación.



Las tres escalas de autor reporte dimensional evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo con la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos. (21)

La forma de interpretación de este cuestionario es de la siguiente forma:

Modo de corrección: el DASS-21 posee tres subescalas: Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18).

Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

- Ansiedad:

0-3 no ansiedad

4 ansiedad leve

5-7 ansiedad moderada

8-9 ansiedad severa

10 o más, ansiedad extremadamente severa.

- Estrés:

0-7 no estrés



8-9 estrés leve

10-12 estrés moderado

13-16 estrés severo

17 o más, estrés extremadamente severo.

- Depresión:

0-4 no depresión

5-6 depresión leve

7-10 depresión moderada

11-13 depresión severa

14 o más, depresión extremadamente severa. (21)

El instrumento utilizado para la recolección de datos se validó mediante el método de Distancia de Punto Medio, a través del juicio de expertos. Una vez validado, se recolectaron los datos mediante la aplicación de la encuesta de forma virtual y recopilando los datos en una base de datos en Microsoft Excel y la aplicación de la encuesta de forma presencial directa con los estudiantes en las aulas universitarias, igualmente los datos obtenidos se registraron en una base de datos en Microsoft Excel y se exportaron al programa SPSS v27.0 y a RStudio 3.6.3 para su análisis posterior.

3.6. Validez y confiabilidad del instrumento

Se aplicó el criterio de expertos mediante el método de Distancia del Punto Medio. Para lo cual se recurrió a 4 expertos a quienes se les proporcionó los objetivos de la investigación, la encuesta y una hoja de preguntas; con su respectiva escala de valoración, para la calificación.



Los resultados de la calificación se procesaron de acuerdo a la tabla y fórmulas que presentamos a continuación:

TABLA DE PROCESAMIENTO DE CRITERIO DE EXPERTOS

ÍTEM	EXPERTOS				TOTAL	PROMEDIO
	A	B	C	D		
1	5	5	3	4	17	4.25
2	5	5	5	5	20	5
3	5	5	4	5	19	4.75
4	5	5	5	5	19	4.75
5	5	5	4	5	19	4.75
6	5	5	4	4	18	4.5
7	5	5	5	5	20	5
8	5	5	3	4	17	4.25
9	5	5	5	5	20	5

Con los promedios hallados se procedió a determinar la distancia del punto múltiple (Dpp), a través de la siguiente ecuación:

$$D_{pp} = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_n)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo concedido en la escala para cada ítem (4 ó 5 en la presente investigación).

y = El promedio de cada ítem.



REEMPLAZANDO:

$$D_{pp} = \sqrt{((5 - 4.25)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.75)^2 + (5 - 4.75)^2 + (5 - 4.75)^2 + (5 - 4.5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.25)^2 + (5 - 5)^2)}$$

$$D_{pp} = \sqrt{3,25}$$

$$D_{pp} = 1,8$$

Determinamos la distancia máxima ($D_{m\acute{a}x}$) del valor obtenido respecto al punto de referencia Cero (0), con la siguiente ecuación:

$$D_{max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo cancelado en la escala para cada ítem.

1 = Valor mínimo de la escala, para cada ítem (en este caso el valor es = 1).

REEMPLAZANDO:

$$D_{m\acute{a}x} = \sqrt{((5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2)}$$

$$D_{m\acute{a}x} = \sqrt{144}$$

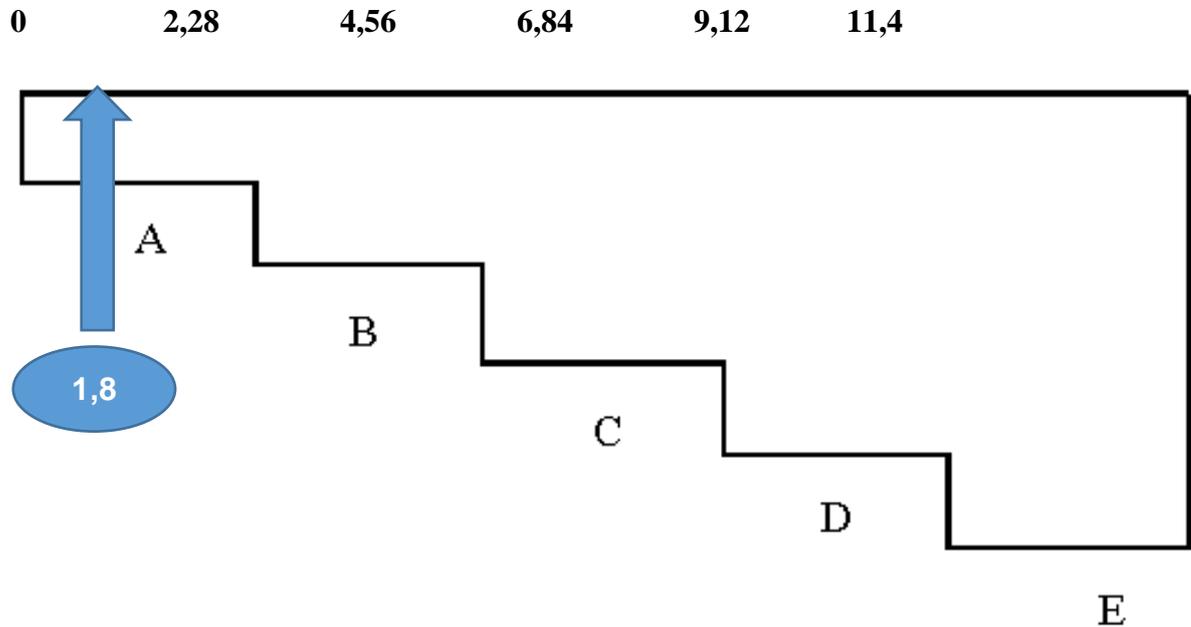
$$D_{m\acute{a}x} = 12$$

La $D_{m\acute{a}x}$ obtenida se divide entre el valor máximo de la escala, siendo:

$$12/5 = 2,4$$



Con el valor obtenido (2,4), se construyó una nueva escala valorativa a partir de la escala de 0, hasta llegar al valor D_{max} (12), y se obtuvo lo siguiente:



Donde:

A= Adecuación total.

B= Adecuación en gran medida.

C= Adecuación promedio.

D= Escasa adecuación.

E= Inadecuación.

En la escala construida, se ubicó la distancia del punto múltiple obtenida (D_{pp}), y se emite el juicio de valor.

$D_{pp} = 1,8$; que está ubicado en el intervalo A, indicando que el instrumento de investigación “**tiene adecuación total**” al fenómeno que se desea investigar, y por tanto puede ser utilizada.



3.7. Plan de análisis de datos

Para los análisis estadísticos, se realizarán los análisis univariado, bivariado y multivariado.

Primero, para el análisis univariado se hizo uso de la estadística descriptiva para caracterizar a la población según su sexo, edad, lugar de procedencia, convivencia familiar y ciclo académico. Estas se presentan a través de gráficos de barras con medidas de frecuencia, se utilizaron porcentajes.

En el análisis bivariado, se usó la metodología del el Test de Friedman que es una extensión del Test de Wilcoxon de rangos con signo, y es el equivalente no paramétrico para medidas repetidas de un factor.

La prueba de Friedman es una alternativa no paramétrica al ANOVA de medidas repetidas cuando las suposiciones subyacentes a la prueba F no se cumplen, al igual que la prueba de Wilcoxon es una alternativa a la prueba t de muestras pareadas. La prueba de Friedman (1937) está relacionada con el procedimiento de pares emparejados de Wilcoxon” (28)

Las pruebas no paramétricas, basadas en rangos, son alternativas a la estadística paramétrica para probar hipótesis sobre relaciones y diferencias para variables medidas en una escala ordinal. Debido a que los médicos y los investigadores con frecuencia hacen más de dos mediciones repetidas, la prueba de Friedman se usa para analizar medidas realizadas sobre los mismos sujetos a partir de un solo factor, diseño de medidas repetidas, y discutir la interpretación del análisis de datos de escala ordinal.

El análisis bidireccional de la varianza por rangos de Friedman y el procedimiento de comparaciones múltiples son pruebas estadísticas apropiadas para analizar datos de nivel ordinal de un diseño experimental y/o de medición repetida. Terapeutas necesitan entender la interpretación apropiada de los datos de escala ordinal en lo que se refiere a la significación estadística y la importancia clínica. (29)



En este analizamos el grado de asociación entre ansiedad y retorno a clases presenciales, estrés y retorno a clases presenciales y, depresión y retorno a clases presenciales.

La significancia estadística se evaluará a través de los valores de “p” (calculado a partir del cálculo del Chi Cuadrado para Friedman) y los Intervalos de Confianza al 95%. Para que el valor de “p” nos muestre significancia estadística, el valor de “p” debe ser menor a 0.05.

Para el análisis multivariado, es importante considerar la posibilidad de que sean otras variables las que estén produciendo las asociaciones encontradas. Para construir este modelo necesitamos un conjunto de variables independientes o predictores similares al modelo de la regresión lineal múltiple, que en este caso serían todas las variables que consideramos (sexo, edad, lugar de procedencia, convivencia familiar y ciclo académico), las cuales se interceptan con la variable dependiente dicotómica, que en este caso sería la ansiedad o no ansiedad, estrés o no estrés, depresión y no depresión en clases virtuales y presenciales.

Para el análisis multivariado se utilizó la prueba estadística de los Modelos Lineales Generalizados (GLM, por sus siglas en inglés), Se incorporaron las variables: sexo, edad, lugar de procedencia, convivencia familiar y ciclo académico. Se utilizó el paquete lme4 y su función GLM para desarrollar los modelos, logrando obtenerse intervalos de confianza al 95% (IC 95%), los valores de coeficientes (Coef.) y los valores p. Además, se consideró como estadísticamente significativo, a los valores p menores a 0,05. (30) Una ventaja de los GLM es que permiten abordar simultáneamente datos no normales, como cuentas y proporciones, y la autocorrelación espacial. Posteriormente, se llevó a cabo una prueba post hoc de TukeyHSD para determinar la influencia de cada grupo.



CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Estadística descriptiva

4.1.1 Características demográficas

Para este estudio se consideró la muestra de 278 alumnos de la escuela profesional de Medicina Humana que cumplían con los requisitos, todos ellos de la Universidad Andina del Cusco en el periodo 2022-I y 2023-I. Teniendo así los siguientes hallazgos:

Tabla 1. **Tabla descriptiva de las características demográficas de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)**

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	122	43,9
	Masculino	156	56,1
Edad por grupos	18-21	64	23,0
	22-23	81	29,1
	24-25	67	24,1
	>26	66	23,7
Procedencia	Cusco	235	84,5
	Otros	43	15,5
Convivencia familiar	Familia Nuclear (biparental)	188	67,6
	Familia Compuesta	7	2,5
	Familia Monoparental	55	19,8
	Familia Extensa	11	4,0
	Familia Disgregada	17	6,1
Ciclo académico	De 6to a 12avo ciclo	204	73,4
	De 1er a 5to ciclo	74	26,6

Fuente: Instrumento de recolección de datos



La tabla 1 muestra nuestras variables intervinientes, que son características de los estudiantes. Siendo los resultados interpretados como:

En cuanto al sexo de los alumnos, el 43,9% (n=122) representa el sexo femenino y el 56,1% (n=156) representa el sexo masculino.

En cuanto a la distribución por grupos de edad, el 23,0% (n=64) se encuentra en el rango de 18-21 años, el 29,1% (n=81) está en el rango de 22-23 años, el 24,1% (n=67) pertenece al grupo de 24-25 años y el 23,7% (n=66) tiene más de 26 años.

En relación con la procedencia, el 84,5% (n=235) de las personas son originarias de Cusco, mientras que el 15,5% (n=43) proviene de otras provincias.

En términos de convivencia familiar, el 67,6% (n=188) vive en una familia nuclear (biparental), el 2,5% (n=7) está en una familia compuesta, el 19,8% (n=55) vive en una familia monoparental, el 4,0% (n=11) en una familia extensa y el 6,1% (n=17) en una familia disgregada.

En cuanto al ciclo académico, el 73,4% (n=204) se encuentra en los ciclos académicos de 6to a 12avo, mientras que el 26,6% (n=74) está en los ciclos académicos de 1er a 5to

Se muestran las figuras de estos resultados a continuación:



Figura 1. Sexo de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)

Fuente: Instrumento de recolección de datos

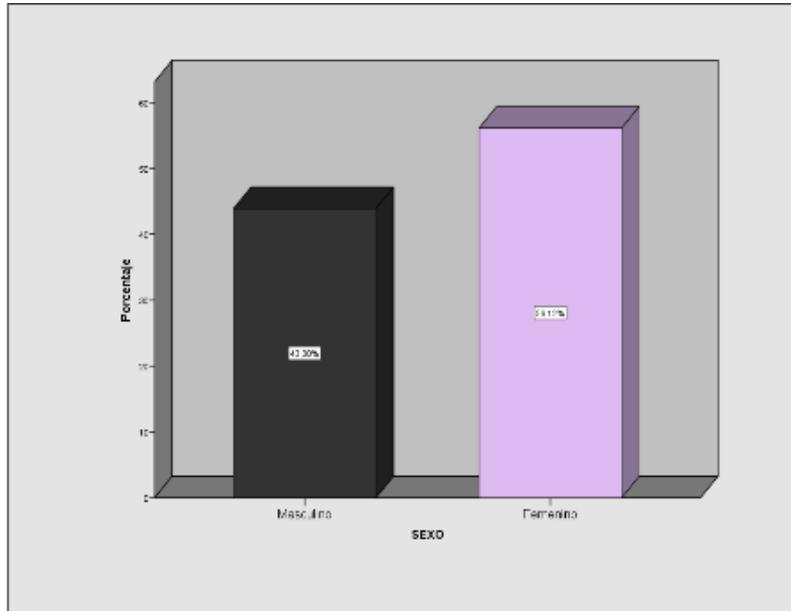
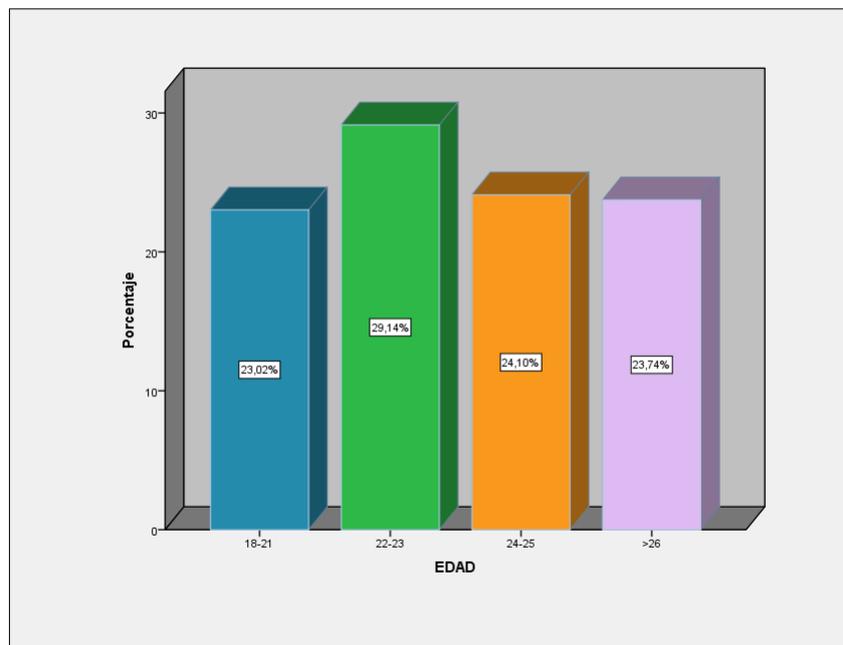


Figura 2. Edad de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)



Fuente: Instrumento de recolección de datos



Figura 3. **Procedencia de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)**

Fuente: Instrumento de recolección de datos

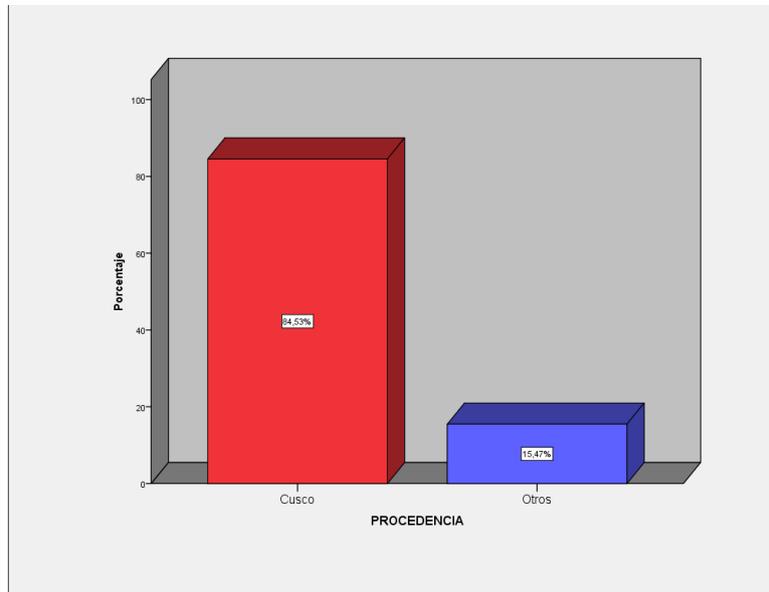
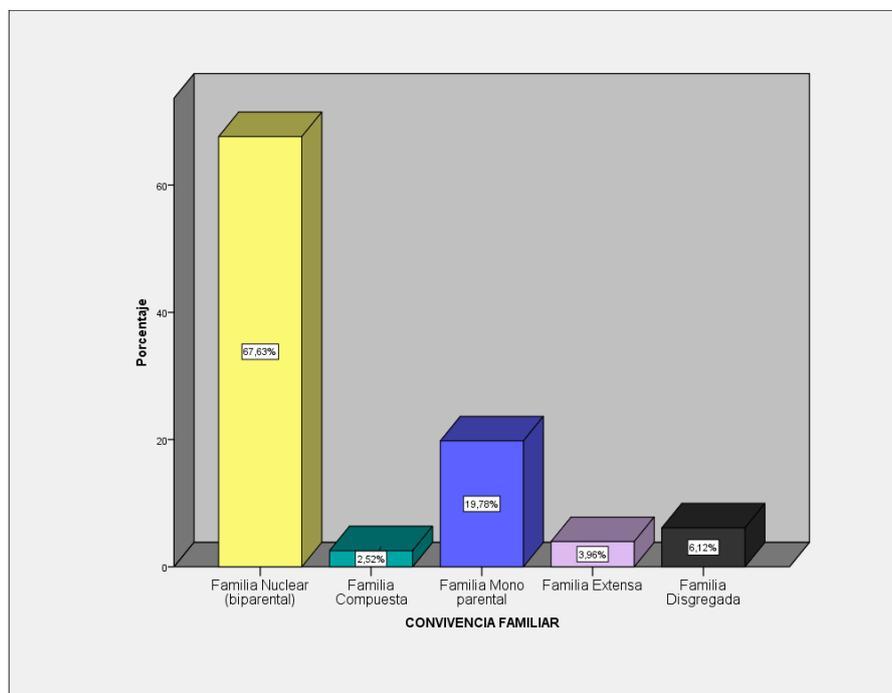


Figura 4. **Convivencia familiar de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)**

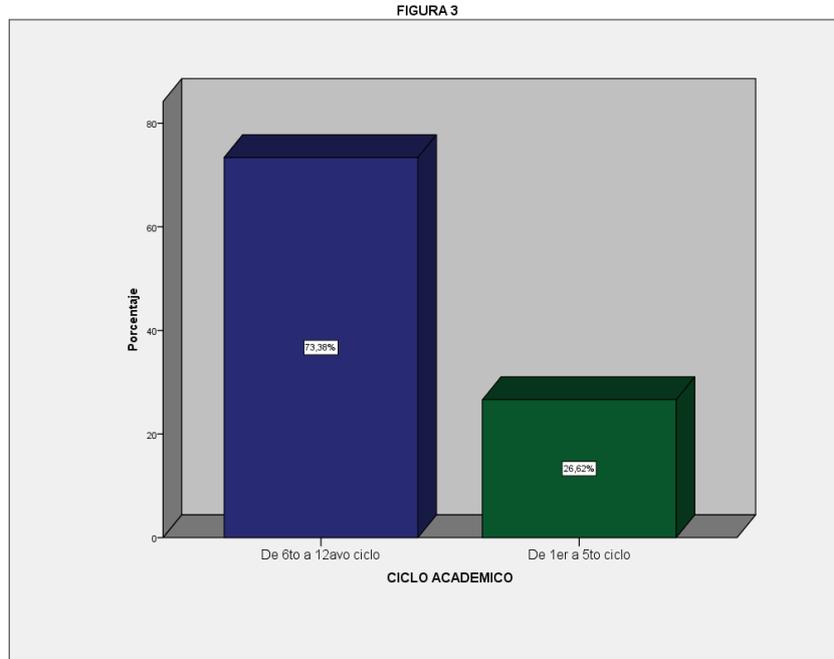


Fuente: Instrumento de recolección de datos



Figura 5. Ciclo académico en curso de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)

Fuente: Instrumento de recolección de datos





4.1.2 Grados de estrés, ansiedad y depresión durante el semestre 2022-I

Tabla 2. Tabla descriptiva de los grados de estrés, ansiedad y depresión de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2022-I (n=278)

Variables	Categorías	Frec	Porcentaje
Depresión	No depresión	169	60,8
	Depresión leve	27	9,7
	Depresión moderada	31	11,2
	Depresión severa	30	10,8
	Depresión extrema severa	21	7,6
	Total	278	100,0
Ansiedad	No ansiedad	114	41,0
	Ansiedad leve	31	11,2
	Ansiedad moderada	61	21,9
	Ansiedad severa	29	10,4
	Ansiedad extrema severa	43	15,5
	Total	278	100,0
Estrés	No estrés	108	38,8
	Estrés leve	21	7,6
	Estrés moderado	49	17,6
	Estrés severo	62	22,3
	Estrés extremo severo	38	13,7
	Total	278	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La tabla 2 muestra los resultados de una clasificación en tres categorías diferentes: depresión, ansiedad y estrés. Cada categoría tiene subcategorías que representan diferentes niveles de gravedad. La tabla 2 también muestra el número absoluto de personas y el porcentaje correspondiente en cada categoría y subcategoría:



De los participantes ($n = 278$), se observa lo siguiente en relación con la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés:

Depresión: El 60,8% ($n = 169$) de los participantes no presenta síntomas de depresión durante el semestre 2022-I. Entre aquellos que sí presentan depresión, se observa lo siguiente: el 9,7% ($n = 27$) presenta depresión leve, el 11,2% ($n = 31$) presenta depresión moderada, el 10,8% ($n = 30$) presenta depresión severa, y el 7,6% ($n = 21$) presenta depresión extrema severa.

Ansiedad: El 41,0% ($n = 114$) de los participantes no experimenta síntomas de ansiedad durante el semestre 2022-I. Dentro del grupo de participantes con ansiedad, se encuentra que el 11,2% ($n = 31$) presenta ansiedad leve, el 21,9% ($n = 61$) presenta ansiedad moderada, el 10,4% ($n = 29$) presenta ansiedad severa, y el 15,5% ($n = 43$) presenta ansiedad extrema severa.

Estrés: El 38,8% ($n = 108$) de los participantes no experimenta síntomas de estrés durante el semestre 2022-I. Dentro del grupo de participantes con estrés, se encuentra que el 7,6% ($n = 21$) presenta estrés leve, el 17,6% ($n = 49$) presenta estrés moderado, el 22,3% ($n = 62$) presenta estrés severo, y el 13,7% ($n = 38$) presenta estrés extremo severo.



4.1.2 Grados de estrés, ansiedad y depresión durante el semestre 2023-I

Tabla 3. Tabla descriptiva de los grados de estrés, ansiedad y depresión de los estudiantes del Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2023-I (n=278)

Variables	Categorías	Frec	Porcentaje
Depresión	No depresión	103	37,1
	Depresión leve	34	12,2
	Depresión moderada	44	15,8
	Depresión severa	45	16,2
	Depresión extrema severa	52	18,7
	Total	278	100,0
Ansiedad	No ansiedad	59	21,2
	Ansiedad leve	20	7,2
	Ansiedad moderada	62	22,3
	Ansiedad severa	33	11,9
	Ansiedad extrema severa	104	37,4
	Total	278	100,0
Estrés	No estrés	68	24,5
	Estrés leve	48	17,3
	Estrés moderado	67	24,1
	Estrés severo	56	20,1
	Estrés extremo severo	39	14,0
	Total	278	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De los participantes (n = 278), se observa lo siguiente en relación con la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés:

Depresión: El 37,1% (n = 103) de los participantes no presenta síntomas de depresión durante el semestre 2023-I. Entre aquellos que sí presentan depresión, se observa lo siguiente: el 12,2% (n = 34) presenta depresión leve, el 15,8% (n = 44) presenta depresión



moderada, el 16,2% (n = 45) presenta depresión severa, y el 18,7% (n = 52) presenta depresión extrema severa.

Ansiedad: El 21,2% (n = 59) de los participantes no experimenta síntomas de ansiedad durante el semestre 2023-I. Dentro del grupo de participantes con ansiedad, se encuentra que el 7,2% (n = 20) presenta ansiedad leve, el 22,3% (n = 62) presenta ansiedad moderada, el 11,9% (n = 33) presenta ansiedad severa, y el 37,4% (n = 104) presenta ansiedad extrema severa.

Estrés: El 24,5% (n = 68) de los participantes no experimenta síntomas de estrés durante el semestre 2023-I. Dentro del grupo de participantes con estrés, se encuentra que el 17,3% (n = 48) presenta estrés leve, el 24,1% (n = 67) presenta estrés moderado, el 20,1% (n = 56) presenta estrés severo, y el 14,0% (n = 39) presenta estrés extremo severo.

4.2 Estadística inferencial

4.2.1 Diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión entre el semestre 2022-I y 2023-I

Se presenta el análisis de Friedman con modelos de relación de estrés, ansiedad y depresión en función del tiempo y estudiante. Se resaltan los modelos significativos.



Tabla 4. **Análisis de Friedman con modelos de relación de estrés, ansiedad y depresión en función del tiempo y estudiante**

Modelo (Covariables)	Chi-cuadrado	p
Estrés ~ Tiempo Estudiante	0,004	0,951
Depresión ~ Tiempo Estudiante	36,05	<0,001
Ansiedad ~ Tiempo Estudiante	36,28	<0,001

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación: La depresión y ansiedad tienen un valor ($p < 0,001$) por lo que son diferentes en el semestre 2022-I y 2023-I (diferencia significativa). El Chi-cuadrado indica una alta concordancia para el estrés ya que se acerca a cero ($0,004$), mientras que para las otras dos enfermedades el valor es alto ya que la concordancia entre la enfermedad y el tiempo es menor.

En el análisis del tamaño de efecto para Friedman se usó el método de Kendall.

Tabla 5. **Tamaño de efecto para las pruebas de Friedman para cada enfermedad evaluada**

Modelo	n	Tamaño de efecto	Método	Magnitud
Estrés	278	0,0000178	Kendall	Pequeña
Depresión	278	0,130	Kendall	Pequeña
Ansiedad	278	0,131	Kendall	Pequeña

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Interpretación: Que una prueba de Friedman test haya dado significativa no implica directamente que el resultado tenga interés práctico. Y es que la palabra significación es confusa, ya que cotidianamente una diferencia significativa quiere decir una diferencia importante.

El tamaño de efecto para las pruebas de Friedman indica que la diferencia de cada enfermedad, antes y después de la pandemia, no es grande. Siendo el estrés la menos potente (0,1 efecto pequeño, 0,3 efecto mediano, 0,5 efecto grande).

Se muestran las figuras de dichos análisis:

Figura 6. Comparación entre los niveles de estrés de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I y 2023-I

Fuente: Instrumento de recolección de datos

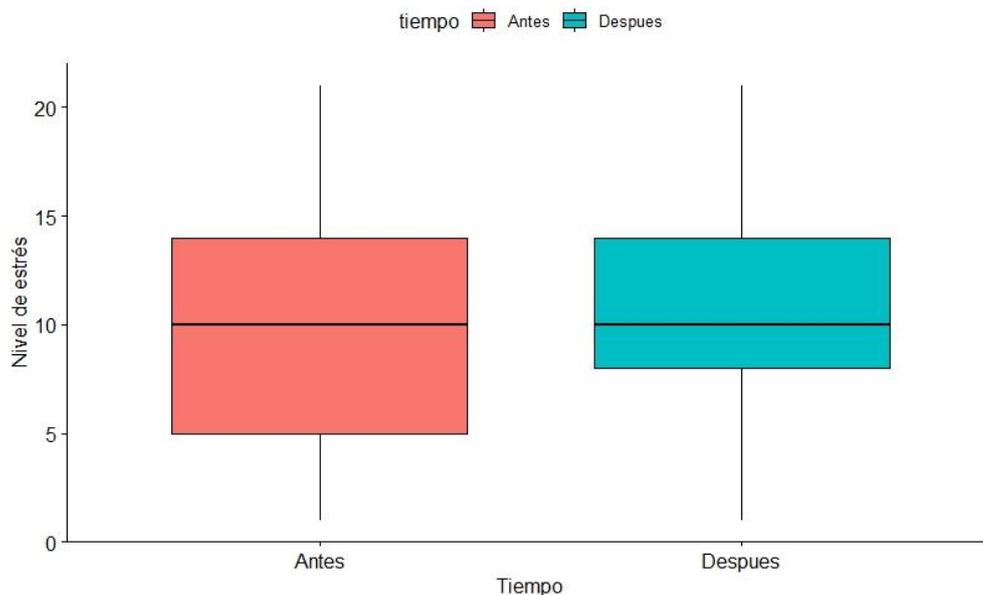
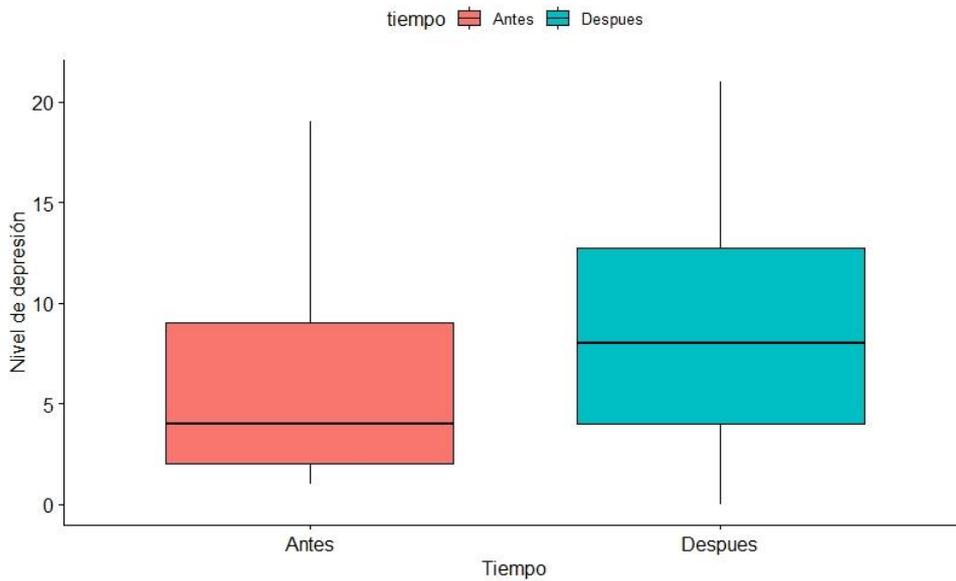


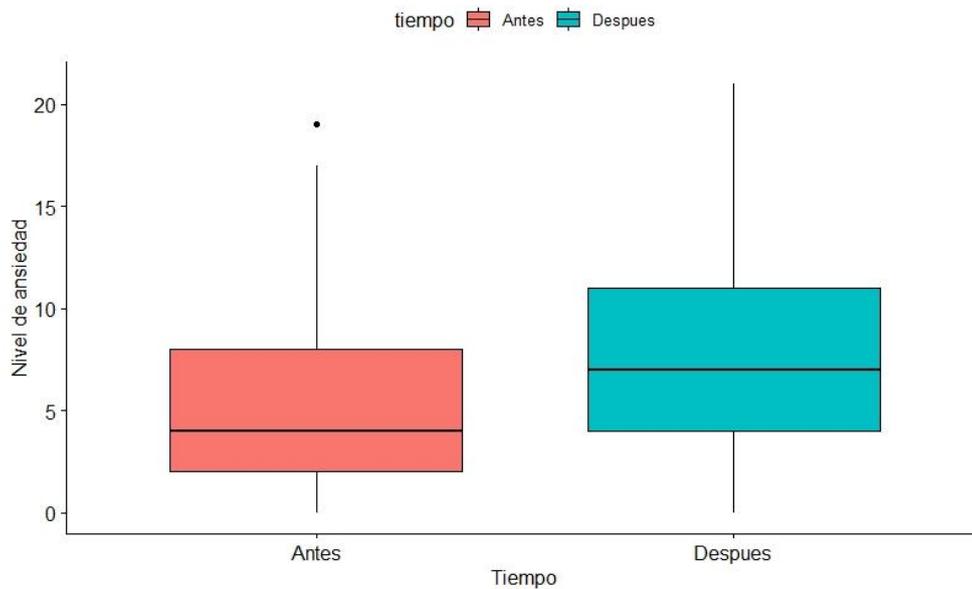
Figura 7. Comparación entre los niveles de depresión de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I y 2023-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Figura 8. Comparación entre los niveles de ansiedad de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I y 2023-I

Fuente: Instrumento de recolección de datos





4.2.2. Análisis de las variables intervinientes sobre los niveles de estrés, ansiedad y depresión en el semestre 2022-I y 2023-I

Se aplicó el Análisis Multivariado GLM, hicimos una prueba de cada enfermedad y sus variables de influencia, separadas antes y después del retorno a clases presenciales.

4.2.2.1. Estrés

Tabla 6. Coeficientes (β + ES) de las variables que explican el estrés por cada tiempo evaluado.

Estrés ~ Edad + Procedencia + Convivencia + Género + Semestre						
	Antes			Después		
	β	ES	p	β	ES	p
Ordenada al origen	2,27	0,05	<0,001	2,18	0,07	<0,001
Edad 22-23	-0,04	0,05	0,39	-0,04	0,06	0,55
Edad 24-25	-0,06	0,06	0,29	-0,09	0,07	0,15
Procedencia – Otros	-0,11	0,06	0,06	-0,06	0,06	0,29
Convivencia compuesta	-0,15	0,14	0,29	0,35	0,11	0,001
Convivencia monoparental	0,04	0,05	0,45	0,02	0,05	0,69
Convivencia extensa	0,12	0,10	0,25	0,04	0,10	0,683
Convivencia disgregada	0,12	0,10	0,23	0,39	0,09	<0,001
Varón	0,11	0,05	0,02	0,24	0,04	<0,001
Semestre 1-5				0,20	0,06	<0,001

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se resaltan los coeficientes significativos ($p < 0,05$).



Interpretación:

Se observa que el varón tiene mayores niveles de estrés antes y después del retorno a clases presenciales (por eso la variable mujer no aparece en la tabla) con una asociación positiva que tiene significancia estadística baja antes ($p=0,02$) y alta después ($p<0,001$).

Después del retorno a clases presenciales la convivencia compuesta presenta una asociación positiva con significancia estadística ($p=0,001$). Al igual que la convivencia disgregada ($p<0,001$).

Para finalizar, cursar del semestre primero al quinto (1° a 5°) presenta una asociación positiva con mayores niveles de estrés con significancia estadística alta ($p<0,001$).

Se muestran las figuras de estos resultados:



Figura 9. Comparación entre los niveles de estrés en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I

Fuente: Instrumento de recolección de datos

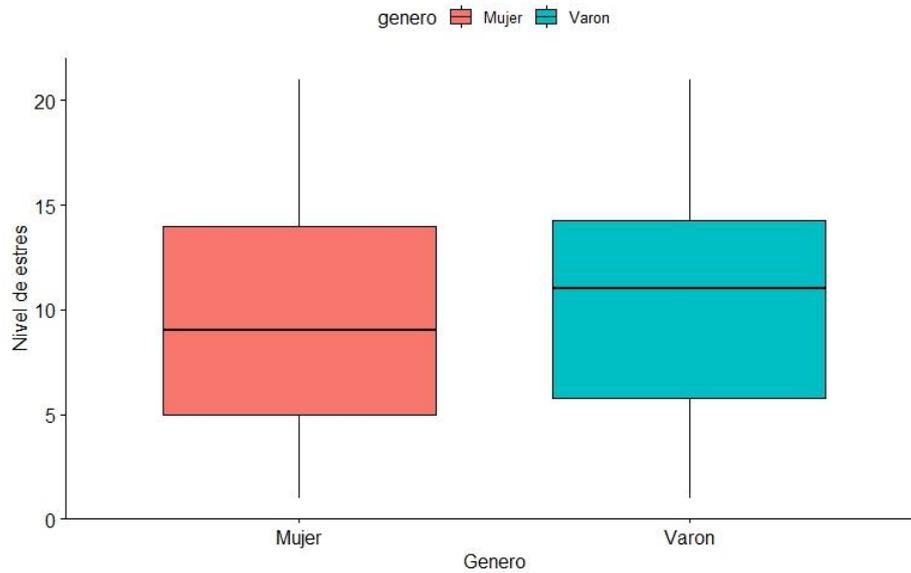
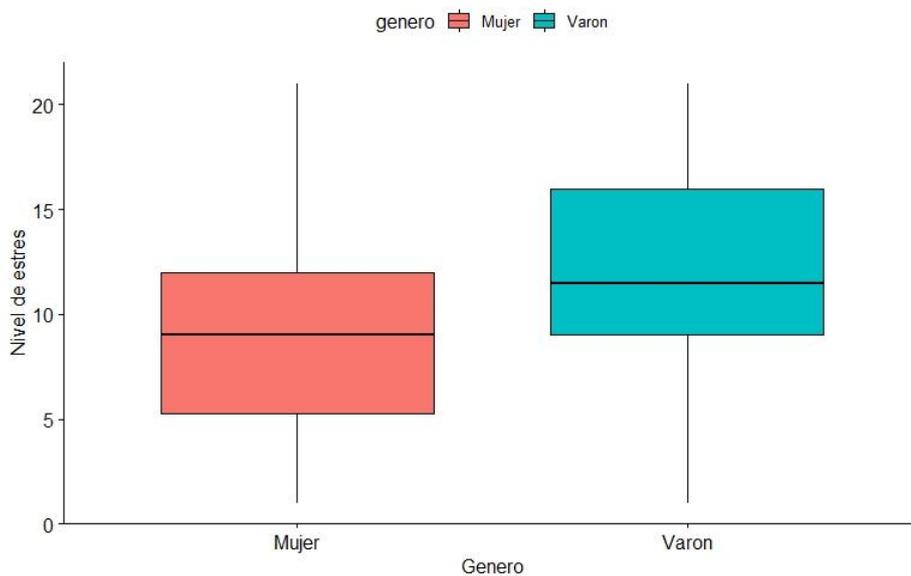


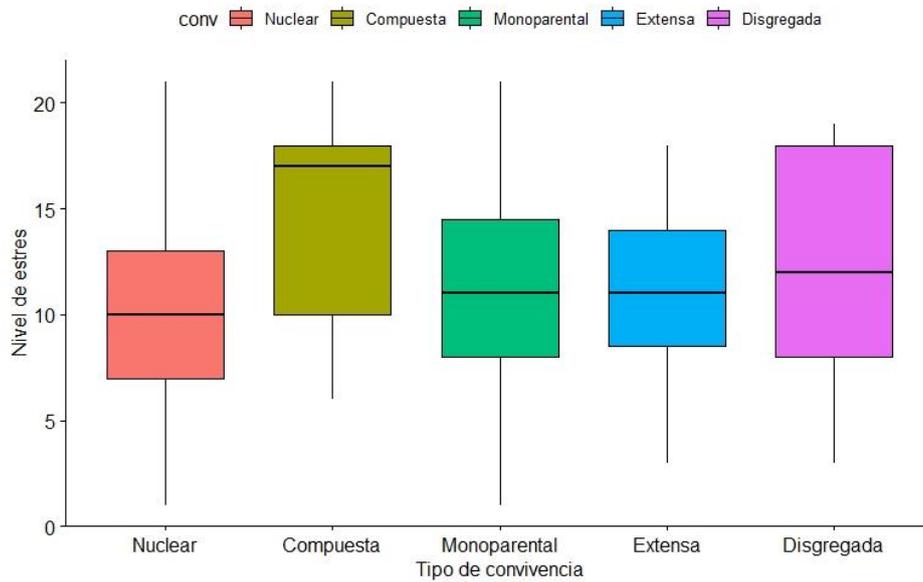
Figura 10. Comparación entre los niveles de estrés en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos

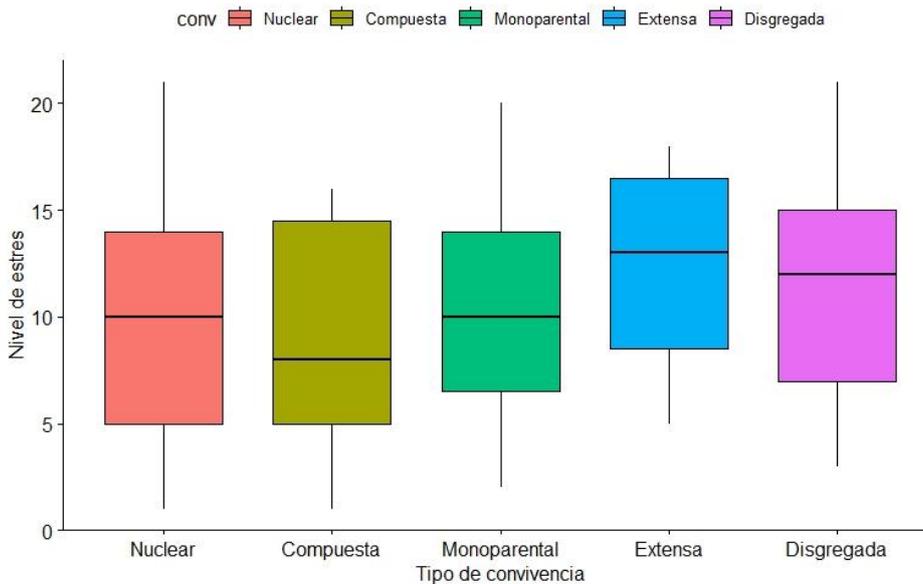


Figura 11. Comparación entre los niveles de estrés en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I



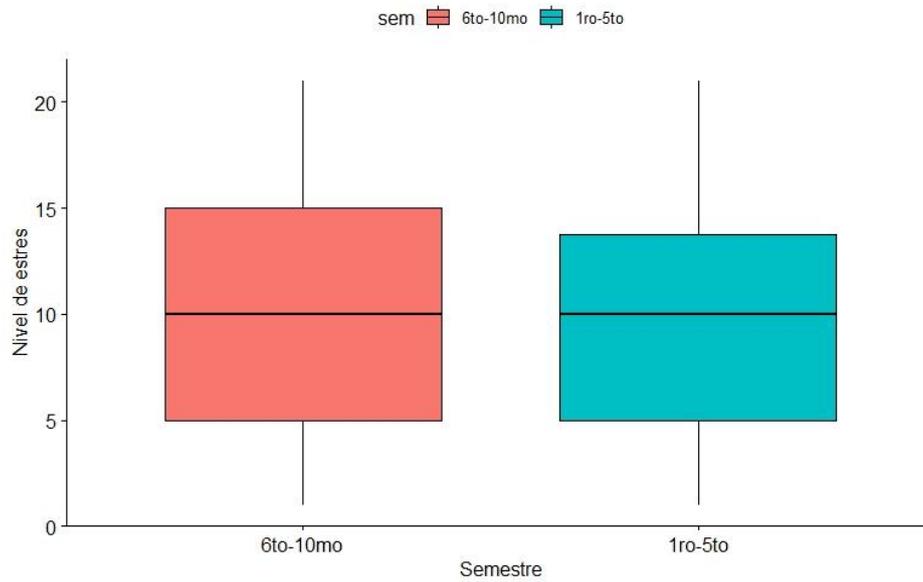
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Figura 12. Comparación entre los niveles de estrés en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I



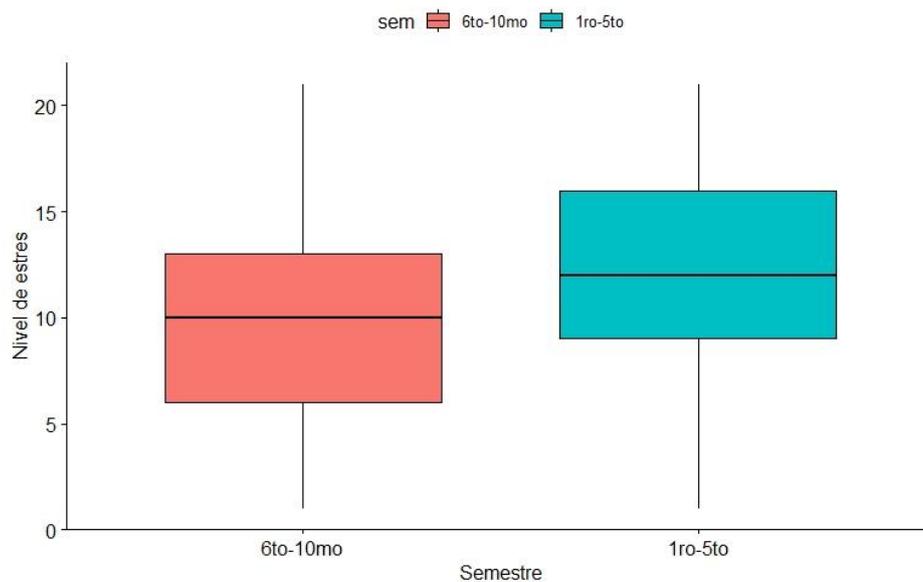
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Figura 13. Comparación entre los niveles de estrés en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Figura 14. Comparación entre los niveles de estrés en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos



4.2.2.2. Depresión

Tabla 7. Coeficientes ($\beta \pm ES$) de las variables que explican la depresión por cada tiempo evaluado.

Depresión ~ Edad + Procedencia + Convivencia + Género + Semestre						
	Antes			Después		
	β	ES	p	β	ES	p
Ordenada al origen	1,7	0,09	<0,001	1.83	0,08	<0,001
Edad 22-23	-0,08	0,09	0,35	-0,01	0,07	0,90
Edad 24-25	-0,14	0,09	0,13	-0,02	0,08	0,83
Procedencia – Otros	-0,08	0,09	0,34	-0,06	0,07	0,40
Convivencia compuesta	-0,36	0,21	0,09	0,42	0,12	<0,001
Convivencia monoparental	0,16	0,07	0,02	0,08	0,06	0,15
Convivencia extensa	0,16	0,13	1,18	0,13	0,11	0,24
Convivencia disgregada	0,10	0,14	0,48	0,51	0,10	<0,001
Varón	0,15	0,06	0,01	0,27	0,05	<0,001
Semestre 1-5	-0,10	0,08	0,22	0,26	0,07	<0,001

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se resaltan los coeficientes significativos ($p < 0,05$).



Interpretación:

Se observa que el varón tiene mayores niveles de depresión antes y después del retorno a clases presenciales (por eso la variable mujer no aparece en la tabla) con una asociación positiva que tiene significancia estadística baja antes ($p=0,01$) y alta después ($p<0,001$).

Antes del retorno a clases presenciales la convivencia monoparental presenta una asociación positiva con significancia estadística ($p=0,02$) y al retorno a clases presenciales la convivencia compuesta presenta una asociación positiva también con significancia estadística ($p<0,001$) al igual que la convivencia disgregada ($p<0,001$).

Para finalizar, cursar del semestre primero al quinto (1° a 5°) presenta una asociación positiva con mayores niveles de depresión con significancia estadística alta ($p<0,001$).

Se muestran las figuras de dichos resultados:

Figura 15. Comparación entre los niveles de depresión en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-1

Fuente: Instrumento de recolección de datos

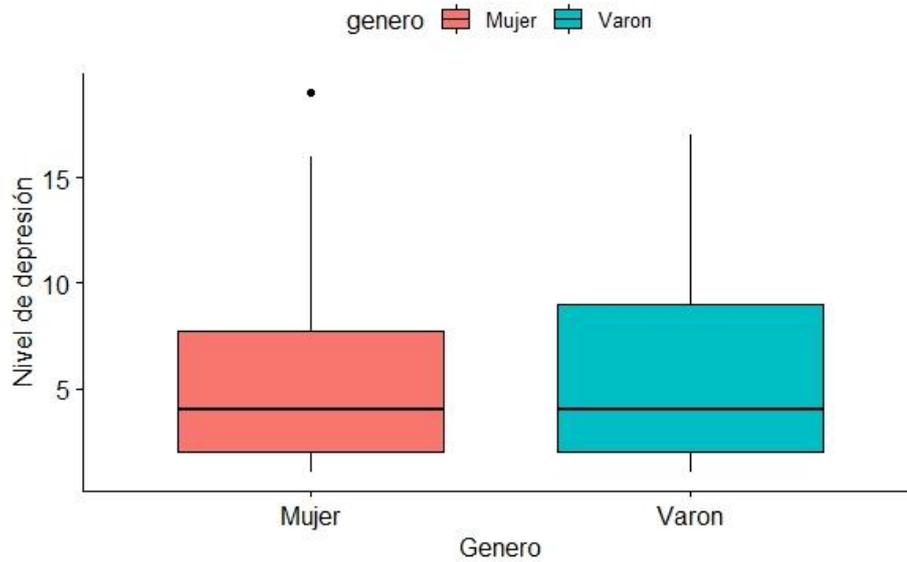
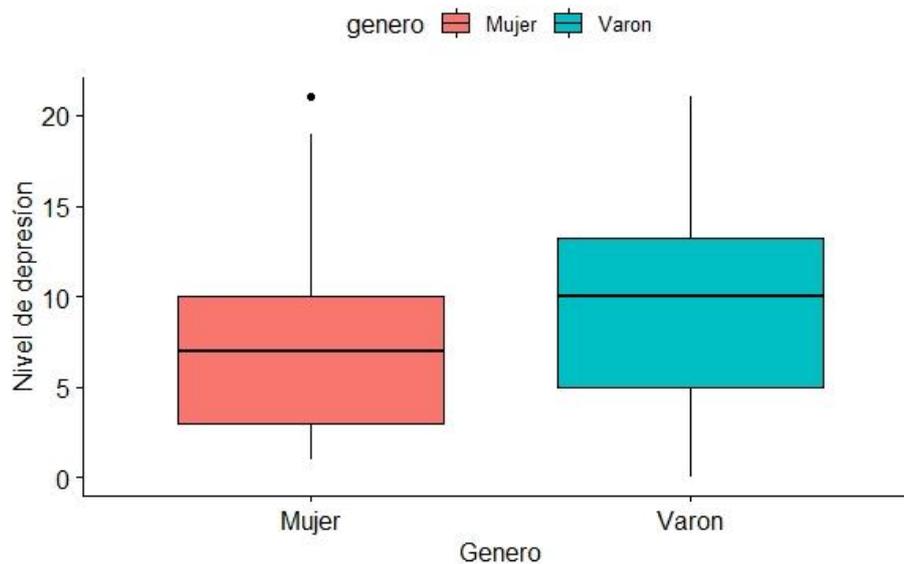
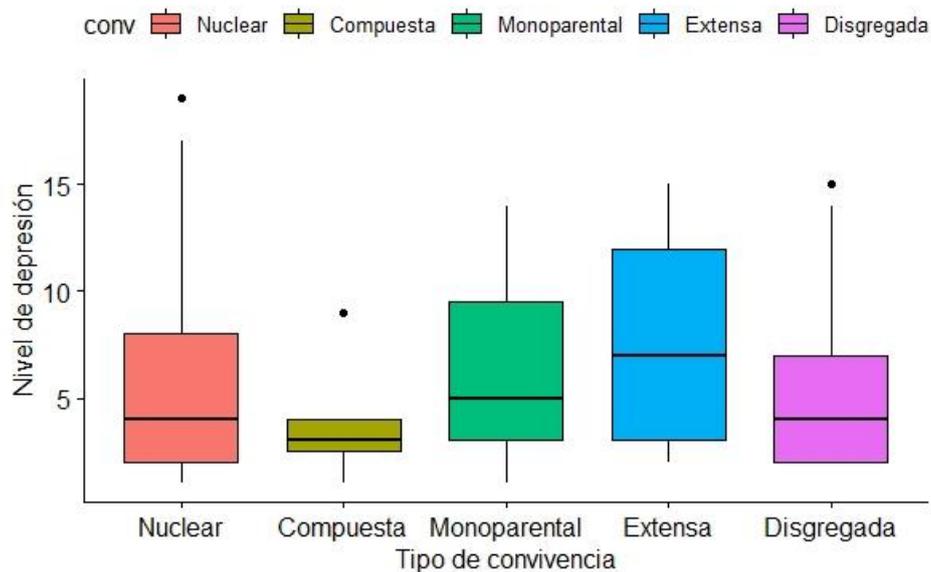


Figura 16. Comparación entre los niveles de depresión en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-1



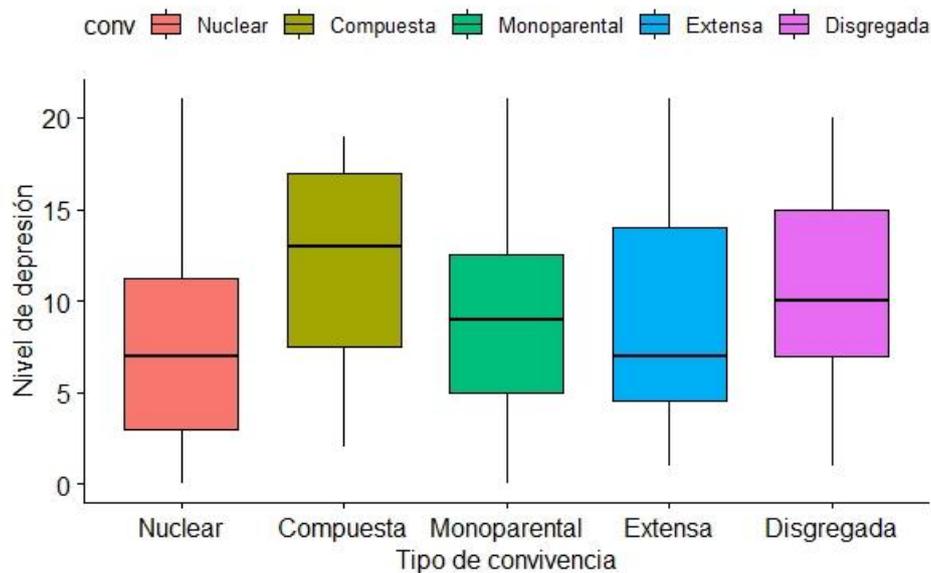
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Figura 17. Comparación entre los niveles de depresión en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos

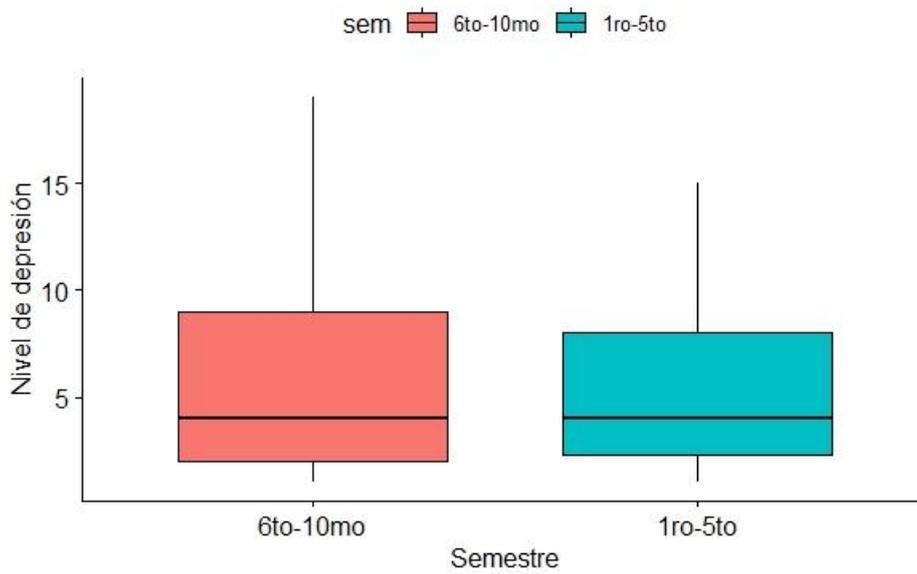
Figura 18. Comparación entre los niveles de depresión en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos



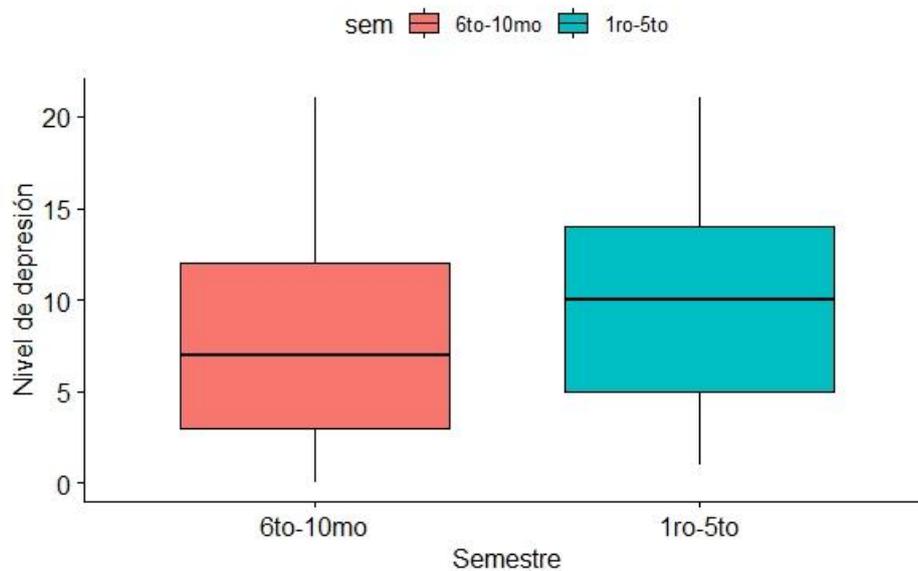
Figura 19. Comparación entre los niveles de depresión en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Figura 20. Comparación entre los niveles de depresión en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I

Fuente: Instrumento de recolección de datos



4.2.2.3. Ansiedad

Tabla 8. Coeficientes ($\beta \pm ES$) de las variables que explican la ansiedad por cada tiempo evaluado.

Ansiedad ~ Edad + Procedencia + Convivencia + Género + Semestre						
	Antes			Después		
	β	ES	p	β	ES	p
Ordenada al origen	1,8	0,10	<0,001	1.85	0,08	<0,001
Edad 22-23	-0,14	0,09	0,11	-0,06	0,07	0,38
Edad 24-25	-0,33	0,10	<0,001	-0,10	0,08	0,18
Procedencia – Otros	-0.20	0,09	0,03	-0,11	0,07	0,12
Convivencia compuesta	-0,27	0,21	0,18	0,44	0,12	<0,001
Convivencia monoparental	0,11	0,07	0,13	-0,02	0,06	0,72
Convivencia extensa	0,30	0,13	0,02	0,005	0,12	0,96
Convivencia disgregada	0,19	0,14	0,18	0,47	0,10	<0,001
Varón	0,16	0,06	0,01	0,30	0,05	<0,001
Semestre 1-5	-0.20	0,09	0,02	0,24	0,07	<0,001

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se resaltan los coeficientes significativos ($p < 0,05$).



Interpretación:

Se observa que el varón tiene mayores niveles de ansiedad antes y después del retorno a clases presenciales (por eso la variable mujer no aparece en la tabla) con una asociación positiva que tiene significancia estadística baja antes ($p=0,01$) y alta después ($p<0,001$).

Los alumnos que cursan del primer al quinto semestre presentan ansiedad con significancia estadística antes y después del retorno a clases presenciales, con la diferencia que antes del retorno a clases presenciales su asociación es negativa con baja significancia ($p=0,02$) y con el retorno a clases presenciales tiene una asociación positiva con alta significancia ($p<0,001$).

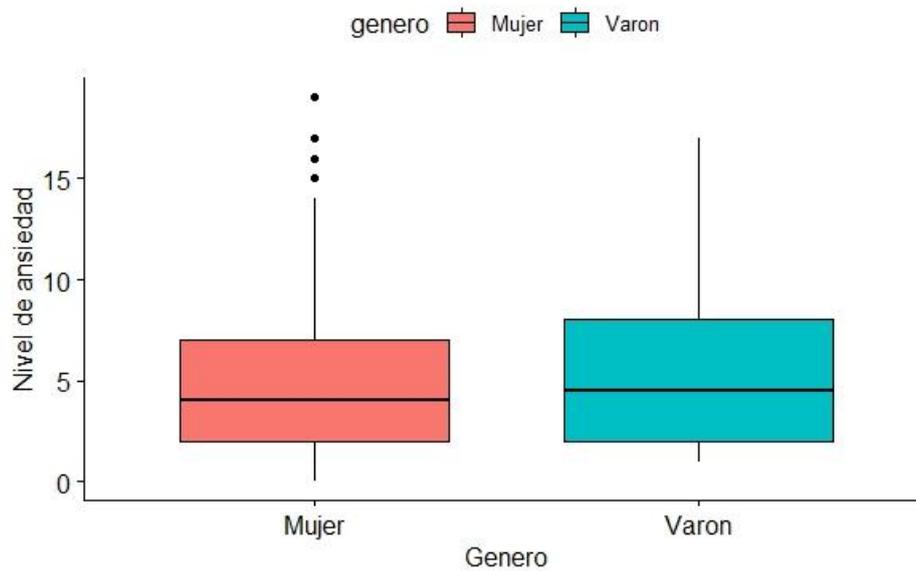
Antes del retorno a clases presenciales, la procedencia de fuera de Cusco (Otros) muestra una asociación negativa con significancia estadística baja ($p=0,03$).

La edad entre 24 y 25 tiene una asociación negativa con la presencia de ansiedad con significancia estadística alta ($p<0,001$) antes del retorno a clases presenciales.

A su vez, antes del retorno a clases presenciales, la convivencia extensa presenta una asociación positiva con la presencia de ansiedad con significancia estadística baja ($p=0,02$).

Y al retorno a clases presenciales, la convivencia compuesta presenta una asociación positiva también con significancia estadística alta ($p<0,001$). Al igual que la convivencia disgregada ($p<0,001$).

Figura 21. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-1



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Figura 22. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el género de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-1

Fuente: Instrumento de recolección de datos

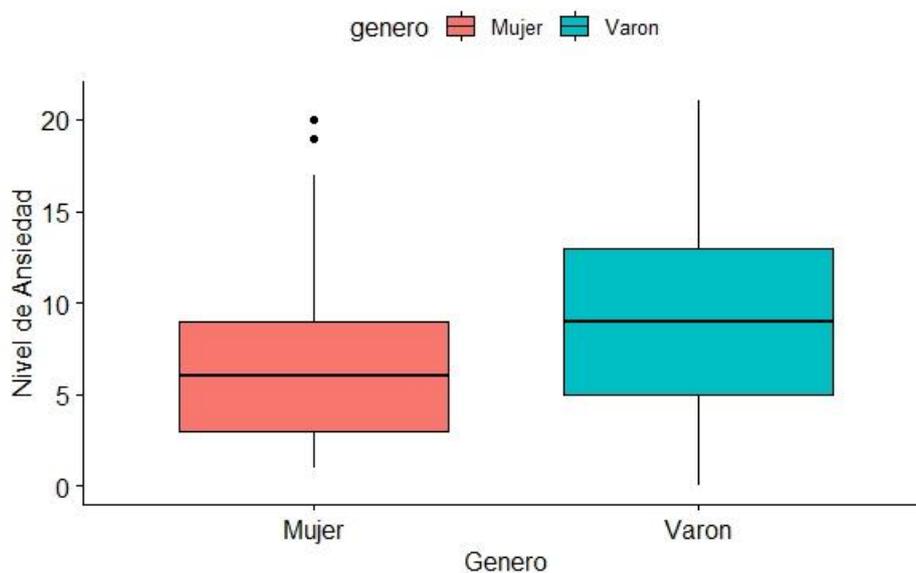
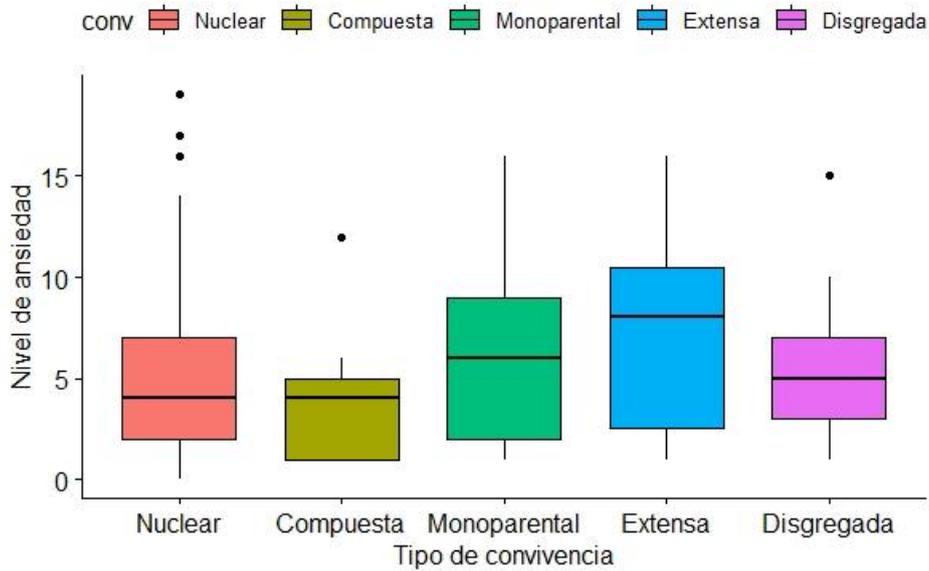
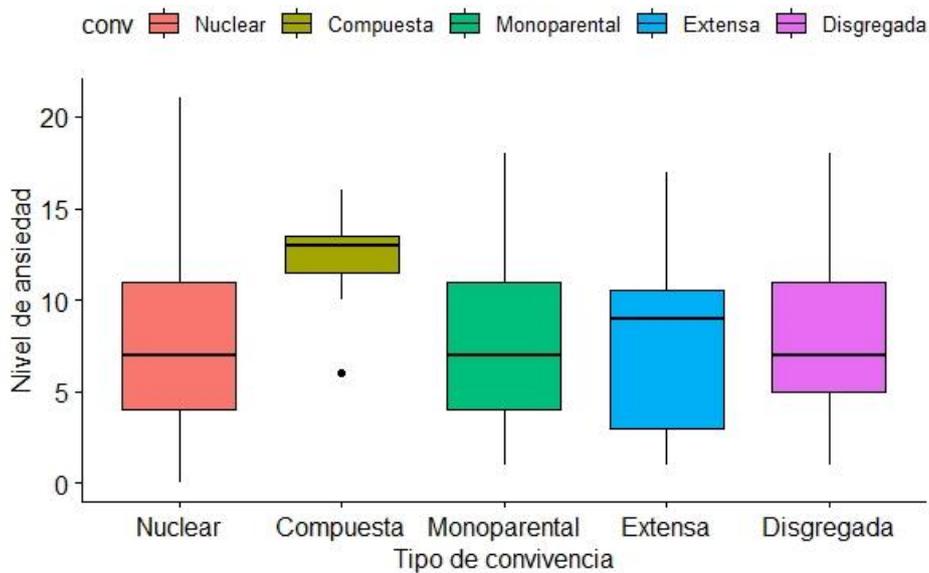


Figura 23. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos

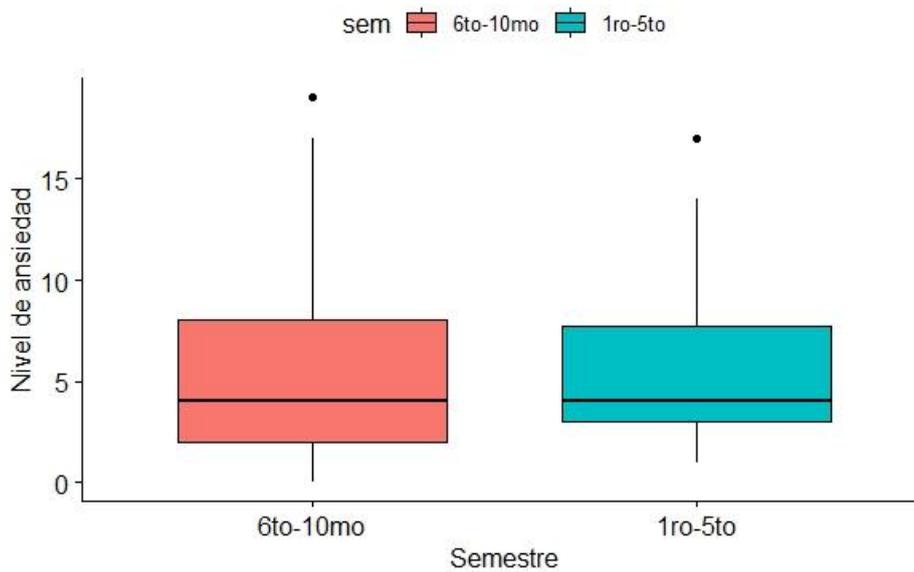
Figura 24. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos

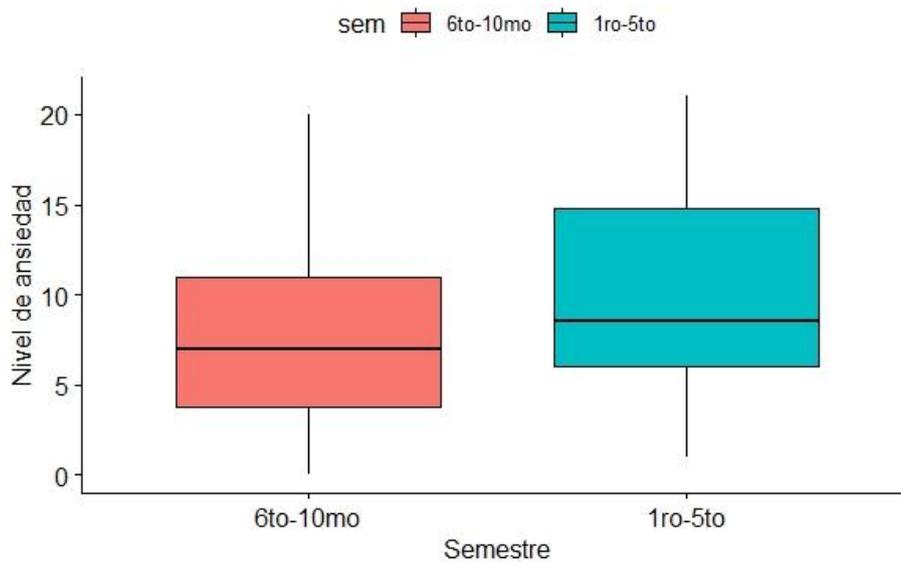


Figura 25. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Figura 26. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el semestre que cursan los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I



Fuente: Instrumento de recolección de datos



Figura 27. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el grupo etario de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2022-I

Fuente: Instrumento de recolección de datos

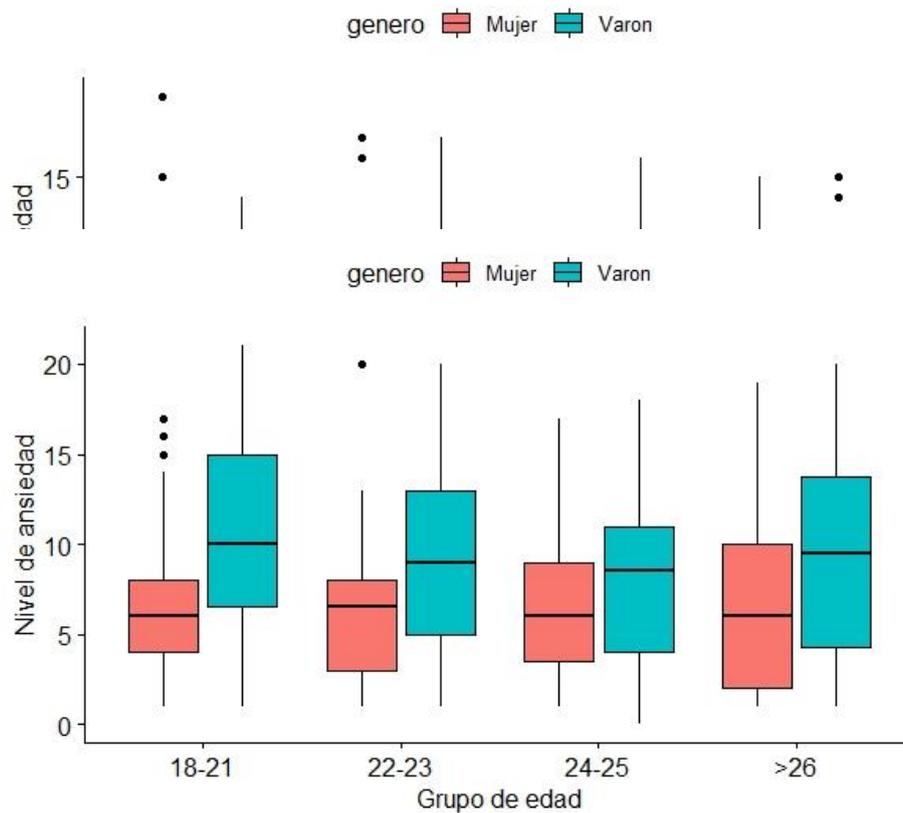


Figura 28. Comparación entre los niveles de ansiedad en relación con el grupo etario de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco entre el semestre 2023-I

Fuente: Instrumento de recolección de datos



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la depresión, ansiedad y estrés durante las clases virtuales y su relación con el retorno a clases presenciales, así como determinar la influencia de los factores asociados como el sexo, la edad, la procedencia, la convivencia familiar y el semestre cursado. Se explicarán los hallazgos encontrados a continuación.

- Un 43,9% de los estudiantes son mujeres y un 56,1% son varones.
- El 23,0% de estudiantes tienen entre 18 y 21 años, el 29,1 de 22 a 23 años, el 24,1% 24 a 25 años y el 23,7% tiene más de 26 años.
- 84,5% de los estudiantes proceden de Cusco, mientras que el 15,5% procede de otras provincias.
- En términos de convivencia familiar, el 67,6% vive en una familia nuclear (biparental), el 2,5% en una familia compuesta, el 19,8% en una familia monoparental, el 4,0% en una familia extensa y el 6,1% en una familia disgregada, es decir que viven solos.
- En la distribución por semestres, se observó que el 73,4% se encuentra en los ciclos académicos de sexto a doceavo, es decir que aquí se condensa la mayoría de los estudiantes, mientras que el 26,6% está cursando los ciclos académicos de primero a quinto.
- Se observó lo siguiente en relación con la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en el semestre 2022-I: El 60,8% de los participantes no presenta síntomas de depresión, el 9,7% presenta depresión leve, el 11,2% depresión moderada, el 10,8% depresión severa, y el 7,6% presenta depresión extrema severa. El 41,0% de los estudiantes no experimenta síntomas de ansiedad. el 11,2% presenta ansiedad



leve, el 21,9% ansiedad moderada, el 10,4% ansiedad severa, y el 15,5% presenta ansiedad extrema severa. El 38,8% de los estudiantes no experimenta síntomas de estrés, 7,6% presenta estrés leve, el 17,6% estrés moderado, el 22,3% estrés severo, y el 13,7% presenta estrés extremo severo.

- Se observó lo siguiente en relación con la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en el semestre 2022-I: El 37,1% de los estudiantes no presenta síntomas de depresión, el 12,2% presenta depresión leve, el 15,8% depresión moderada, el 16,2% depresión severa, y el 18,7% presenta depresión extrema severa. El 21,2% de los estudiantes no experimenta síntomas de ansiedad. El 7,2% presenta ansiedad leve, el 22,3% ansiedad moderada, el 11,9% ansiedad severa, y el 37,4% presenta ansiedad extrema severa. El 24,5% de los participantes no experimenta estrés, 17,3% presenta estrés leve, el 24,1% estrés moderado, el 20,1% estrés severo, y el 14,0% presenta estrés extremo severo.
- La depresión y ansiedad tienen un valor $p < 0,001$ que expresa diferencia significativa entre el antes y después del retorno a clases presenciales.
- Con el análisis del tamaño de efecto para las pruebas de Friedman obtuvimos que la diferencia de cada enfermedad, antes y después de la pandemia, no es grande. Siendo el estrés la menos potente (0,1 efecto pequeño, 0,3 efecto mediano, 0,5 efecto grande).
- Se observa que el varón tiene mayores niveles de **estrés** antes y después, con una asociación positiva que tiene significancia estadística baja antes ($p=0,02$) y alta después del retorno a clases presenciales ($p < 0,001$). Después del retorno a clases presenciales, la convivencia compuesta presenta una asociación positiva con significancia estadística ($p=0,001$). Al igual que la convivencia disgregada ($p < 0,001$) en el desarrollo de mayores niveles de estrés. Para finalizar, cursar del



semestre primero al quinto presenta una asociación positiva con mayores niveles de estrés con significancia estadística alta ($p < 0,001$).

- Se observa que el varón tiene mayores niveles de **depresión** antes y después con una asociación positiva que tiene significancia estadística baja antes ($p = 0,01$) y alta después ($p < 0,001$). Antes del retorno a clases presenciales, la convivencia monoparental presenta una asociación positiva con significancia estadística ($p = 0,02$) y al retorno a clases presenciales la convivencia compuesta presenta una asociación positiva también con significancia estadística ($p < 0,001$) al igual que la convivencia disgregada ($p < 0,001$). Cursar del semestre primero al quinto presenta una asociación positiva con mayores niveles de depresión con significancia estadística alta ($p < 0,001$).
- Se observa que el varón tiene mayores niveles de **ansiedad** antes y después de la pandemia con una asociación positiva que tiene significancia estadística baja antes ($p = 0,01$) y alta después ($p < 0,001$). Los estudiantes que cursan del primer al quinto semestre presentan mayores niveles de ansiedad con significancia estadística antes y después, con la diferencia que antes del retorno a clases presenciales su asociación es negativa con baja significancia ($p = 0,02$) y con el retorno a clases presenciales tiene una asociación positiva con alta significancia ($p < 0,001$). Antes del retorno a clases presenciales, proceder de fuera de Cusco muestra una asociación negativa, es decir sería un factor menguante de la ansiedad con significancia estadística baja ($p = 0,03$). La edad entre 24 y 25 tiene una asociación negativa, es decir, protectora con la presencia de ansiedad con significancia estadística alta ($p < 0,001$). La convivencia extensa presenta una asociación positiva con la presencia de ansiedad con significancia estadística baja ($p = 0,02$). Y al retorno a clases presenciales, la



convivencia compuesta y disgregada presentan una asociación positiva también con significancia estadística alta ($p < 0,001$).

5.2. Limitaciones del estudio

En el desarrollo del trabajo de investigación se encontraron las siguientes limitaciones:

Falta de trabajos similares a nivel regional para ser tomados como antecedentes.

Falta de trabajos con modelos estadísticos similares en complejidad a los que utilizamos para conseguir los resultados planteados en la hipótesis.

Otra de las limitaciones del trabajo de investigación es que algunos alumnos pudieron no llenar adecuadamente el cuestionario DASS-21.

Algunas variables que se consideraron inicialmente en el proyecto tuvieron que ser eliminadas debido a que no se podían medir adecuadamente como rendimiento académico, religión, calidad de sueño, entre otros.

5.3. Comparación crítica con la literatura existente

Los datos demográficos fueron de los 278 estudiantes el sexo que predominó fue el sexo masculino que representó el 56.1%, el grupo de edad que tuvo más estudiantes fue el de 22 a 23 años con 29.1% que coincide con lo descrito por el estudio de Sandoval, en el cual la mediana de edad fue de 22 años (20) En el caso del lugar de procedencia el 84.5% es de la ciudad de Cusco, provincia en que se encuentra la Facultad de Medicina Humana de la Universidad donde fue realizada el estudio. En lo que concierne al tipo de convivencia de los estudiantes, la mayoría convive con ambos padres (familia biparental/nuclear) con un 67.6%, la segunda convivencia más común fue la monoparental con un 19.8%. Con respecto al ciclo académico, la mayor cantidad de estudiantes se encuentra cursando los semestres del 6to al 12avo, representado este el 73.4% de la población que, a comparación del estudio



peruano de la UNSCH, congregaba a su mayor cantidad de población en los primeros 4 semestres (20), empero, es consistente con el estudio de Etiopía en el que la mayor cantidad de alumnos se encontraba cursando semestres superiores al octavo (12).

Durante la primera medición en el semestre 2022-I, se observó que el 39.2% de estudiantes presentaron síntomas de depresión, mientras que el 59% de los estudiantes presentó síntomas de ansiedad y el 61.2% presentó síntomas de estrés.

Para la segunda medición en el semestre 2023-I se observó que: el 62.9% de los estudiantes presentó síntomas de depresión, el 78.8% de los estudiantes presentaron síntomas de ansiedad y el 75.5% de los estudiantes presentaron síntomas de estrés.

A comparación del estudio peruano, que objetiva 24,3, el 28,5 y el 13,0% respectivamente para depresión ansiedad y estrés (20), nuestro estudio presenta cifras mayores de las enfermedades estudiadas. En Chile, según un informe del año 2018 que abarcó a 449 estudiantes universitarios, se registraron porcentajes similares en términos de frecuencia a nuestra primera medición (43,2%, el 46,9% y el 53% respectivamente).(19). Otro estudio de Etiopía observa que el 46,3 % de los estudiantes informaron depresión, mientras que el 52 % con un informo ansiedad y aproximadamente 28,6 % con informo estrés. (12)

Nuestro estudio ha analizado la variable de depresión, ansiedad y estrés en relación con la variable tiempo (clases virtuales-pandemia, clases presenciales-post pandemia), siendo este el primero de su clase. Así como recomienda el estudio peruano donde menciona: “Es por eso que, resulta imperativo realizar más estudios cuando se reinicien las clases, para comprender cómo la pandemia por COVID-19 puede estar afectando a la salud mental de los alumnos de Medicina, pues es posible que la modalidad virtual que se está tomando para algunas clases y el regreso a los entornos hospitalarios para las clases prácticas tengan consecuencias positivos o negativos en los alumnos.” (20)



En nuestra variable estrés-tiempo-estudiante, el análisis hecho no resultó significativo que se traduce como en que no hubo ningún efecto positivo o negativo estadísticamente significativo entre el estrés antes del antes del retorno a clases presenciales y después del antes del retorno a clases presenciales. Sin embargo, para las variables de depresión y ansiedad presentaron una relación positiva estadísticamente significativa. Por lo que se traduce en que tanto la depresión como la ansiedad aumentaron en el retorno a clases presenciales post Covid-19 a comparación de clases virtuales en tiempo de pandemia siendo esta diferencia estadísticamente significativa, por lo que esta interpretación confirma nuestra hipótesis principal. En el segundo análisis en donde se usó Kendall- Friedman, esta analiza el tamaño de efecto antes y después del antes del retorno a clases presenciales siendo el resultado para todas las variables de “efectos pequeños” que se traduce en que: los estudiantes en la primera medición tuvieron índices de depresión ansiedad y estrés que cambiaron con un efecto pequeño para la segunda medición, es decir no variaron demasiado. Entonces podemos deducir que, existieron cambios en sus niveles de depresión y ansiedad, que no fueron cambios muy grandes; más no en estrés Si un estudiante presentó depresión leve en la primera medición para la segunda pasó a ser una depresión moderada, más no severa o extrema severa.

Se observa que el varón tiene mayores niveles de estrés antes y después del retorno a clases presenciales con una asociación positiva. Es decir que ser varón aumentó 1.12 puntos de estrés en las clases virtuales y 1.27 puntos después del retorno a clases presenciales. En el caso de depresión, se observa que el varón tiene mayores niveles de depresión antes y después de la pandemia con una asociación positiva que tiene significancia estadística. Ser varón aumentó 1.16 puntos de depresión en clases virtuales y 1.30 puntos post retorno a clases presenciales. En el caso de ansiedad se observa que el varón tiene mayores niveles de ansiedad en clases virtuales y retorno a clases presenciales con una asociación positiva que



tiene significancia estadística. Ser del sexo masculino aumentó 1.17 puntos de ansiedad en clases virtuales y 1.35 puntos post retorno a clases presenciales. Este resultado es llamativo y novedoso debido a que, según nuestros antecedentes, el sexo femenino fue quien tuvo más problemas de estrés o asociación positiva con otros problemas de salud mental. Así como lo indica el estudio de Etiopía, las estudiantes estaban más deprimidas, ansiosas y estresadas, se sugiere que el ciclo reproductivo femenino puede tener un papel en la prevalencia pronunciada de enfermedades mentales entre las mujeres (12). Al igual que el antecedente brasileño que observó una asociación entre el género, la depresión y el estrés. Los estudios indican que las mujeres tienen una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en la población general. Sin embargo, un análisis sistemático reveló que la mitad de los estudios publicados que abordan el tema de los estudiantes informaron diferencias en la depresión y el estrés entre los géneros (18). Sin embargo, el estudio chileno, así como el estudio chino indican que no hubo diferencias en cuanto al sexo. (19)

En el caso del estrés, después del retorno a clases presenciales, la convivencia compuesta presenta una asociación positiva con significancia estadística. Es decir que vivir en una familia compuesta aumentó 1.41 puntos de estrés después del retorno a clases presenciales. Al igual que la convivencia disgregada que aumentó 1.48 puntos post retorno a clases presenciales. En el caso de la depresión se observó que en clases virtuales la convivencia monoparental presenta una asociación positiva con significancia estadística en donde aumentó 1.17 puntos de depresión. Y en el retorno a clases presenciales la convivencia compuesta presenta una asociación positiva también con significancia estadística aumentando 1.52 puntos de depresión. Al igual que la convivencia disgregada que aumentó 1.66 puntos de depresión. En el caso de la ansiedad a su vez antes de la pandemia la convivencia extensa presenta una asociación positiva con significancia estadística baja. Y después del retorno a clases presenciales la convivencia compuesta presenta una asociación



positiva también con significancia estadística alta. Al igual que la convivencia disgregada. Más allá de la proporción de variabilidad explicada, la evidencia respalda el papel beneficioso del apoyo familiar, lo cual se refleja en los estudios que muestran que los jóvenes universitarios transitan hacia una autonomía gradual sin perder el respaldo de su familia (19). Cuando enfrentan desafíos propios de esta etapa, recurren a sus padres en busca de apoyo (19). Además, desde una perspectiva cultural, se puede contextualizar el papel fundamental de la familia como factor protector de la salud mental mediante dos conceptos teóricos: el yo interdependiente y el familismo. El primero sugiere que individuos de culturas colectivistas, como la peruana, construyen su identidad considerando aspectos contextuales y relaciones interpersonales significativas, como la familia (19). Por otro lado, el "familismo" es un concepto cultural presente en la cultura latina que engloba normas, expectativas y creencias acerca de la familia, destacando la lealtad y el respeto hacia el grupo familiar. Por lo tanto, aunque teóricamente la adultez emergente se caracteriza por un enfoque en sí mismos por parte de los jóvenes, los vínculos familiares siguen siendo relevantes y constituyen un factor protector cultural para la salud mental. (19) Por lo que la disrupción de esta aumentó los niveles de estrés, ansiedad y depresión en nuestro estudio.

En el caso de ansiedad en clases virtuales la procedencia/otros muestran una asociación negativa con significancia estadística baja ($p=0,03$) disminuyendo 1.22 puntos de ansiedad que podemos atribuirlo a que los alumnos que viven fuera de Cusco al regresar a su lugar de origen en pandemia disminuyeron al sentirse más cómodos y menos ansiosos en su localidad. Al igual que la edad entre 24 y 25 con significancia estadística alta ($p<0,001$) que también redujo en 1.39 puntos de ansiedad.

Para finalizar, en el caso del estrés, cursar del semestre primero al quinto presenta una asociación positiva con significancia estadística alta, que se traduce en que estar cursando estos semestres aumentó en 1.22 puntos los niveles de estrés de los estudiantes de este grupo.



En el caso de depresión, cursar del semestre primero al quinto presenta una asociación positiva con significancia estadística alta, estos estudiantes incrementaron 1.29 puntos de depresión. Y en el caso de ansiedad, cursar del semestre primero al quinto presenta significancia estadística antes y después del retorno a clases presenciales con la diferencia que antes del evento, su asociación es negativa con baja significancia y después de la pandemia su asociación es positiva con alta significancia. Estar cursando primer, segundo, tercer, cuarto y quinto semestre redujo 1.22 puntos de ansiedad durante las clases virtuales y aumentó 1.27 puntos en el retorno a clases presenciales. Podemos atribuirlo a que los estudiantes de semestres superiores pueden manejar mejor el estrés, la ansiedad y la depresión por el tiempo que ya llevan en la carrera de medicina humana, a comparación de los estudiantes que recién están experimentando la carga social y académica propias de la carrera. Este hallazgo es consistente con el estudio de Araoz que relata resultados similares.

(26)

5.4 Implicancias el estudio

Esta investigación buscó determinar la correlación entre el retorno a las clases presenciales y los niveles de ansiedad, estrés y depresión de los estudiantes, brindando información descriptiva, analítica y correlacional relevante para la comunidad científica, educativa y médica, explicando de manera confiable cómo los intervinientes influyen en el desarrollo o no de ansiedad, estrés y depresión en los estudiantes.

El estudio mostró las prevalencias de estas tres enfermedades, por ende, se podrían tomar acciones para que los estudiantes que padecen de ansiedad, estrés y depresión reciban apoyo psicoterapéutico y posteriormente podría ser tomado como punto de referencia en futuros estudios de control.



CONCLUSIONES

1. Concluimos que el retorno a clases presenciales incrementó la ansiedad, estrés y depresión en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I, lo cual confirma la hipótesis de investigación y fue el objetivo principal del estudio.
2. Con respecto a la edad, tener entre 24 y 25 años de edad mostró una asociación negativa con la presencia de ansiedad, es decir, disminuyó los síntomas de ansiedad en 1,4 puntos antes del retorno a las clases presenciales.
3. Cursar del semestre primero al quinto (1° a 5°) presenta una asociación positiva con mayores niveles de estrés, depresión y ansiedad con el retorno a clases presenciales.
4. Se observó que ser del género masculino presentó una asociación positiva con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión antes y después del retorno a clases presenciales.
5. Antes del retorno a clases presenciales, proceder de zonas de fuera de Cusco mostró una asociación negativa, lo que significa que disminuyó los niveles de ansiedad de estos estudiantes.
6. En cuanto a convivencia familiar, pertenecer a los tipos de familia compuesta y disgregada presentó una asociación positiva con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión al retorno a clases presenciales, es decir que incrementó los niveles de las tres enfermedades mencionadas.



RECOMENDACIONES

Primera

Debido a la alta prevalencia de las enfermedades mentales estudiadas y discutidas en este estudio se sugiere la vigilancia de la salud mental de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco. Los docentes, compañeros y familiares deben estar atentos a los síntomas que pueda presentar un estudiante y contactar con el servicio de tutora y/o docentes del estudiante para brindarle apoyo.

Segundo

Para la Universidad Andina del Cusco sugerimos utilizar el cuestionario DASS-21 en una encuesta virtual semestral como método de tamizaje en sus estudiantes. Esta sería aplicada a inicio o a final de semestre mediante el sistema ERP de la universidades, medio por el que actualmente y consecutivamente se realizan encuestas de diversa índoles los estudiantes. Dado que es una escala con puntuación del 0 al 3, consistiría en digital los enunciados y parámetros para que sean marcados en la encuesta y con el algoritmo que identifica arcada enfermedad hacer la sumatoria estrés, ansiedad y depresión. Al final de la encuesta el estudiante accedería a su autodiagnóstico así como la universidad lo tendría registrado.

Tercero

Sugerimos a la Universidad Andina Del Cusco que los resultados mostrados en este estudio sean tomados como punto de partida para la prevención del desarrollo de estrés, ansiedad y depresión en favor del bienestar de sus estudiantes. Esto a través de charlas a inicio de semestre, durante los exámenes parciales y finales y el acceso en el centro de salud de Qollana a atención psicológica y si requiere derivación a un especialista en psiquiatría.



Cuarto

Sugerimos incentivar la realización de estudios posteriores, más amplios, con muestras más grandes y extendidos a las diferentes escuelas profesionales de la Universidad Andina del Cusco y otras universidades para confirmar la precisión de los resultados obtenidos en el presente estudio.



BIBLIOGRAFÍA

1. Vista de SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia [Internet]. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268/256>
2. Resolución Ministerial N.º 839-2020-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1264399-839-2020-minsa>
3. El Peruano - Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 - DECRETO SUPREMO - N° 044-2020-PCM - PODER EJECUTIVO - PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS [Internet]. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/?fbclid=IwAR0Mn40PAHjrzy3j9j4OCQhkKGuhDgYvIby8UUsSajrQC3XN-qWfgOc5JBk>
4. El Peruano - Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID-19 y establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social - DECRETO SUPREMO - N° 184-2020-PCM - PODER EJECUTIVO - PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS [Internet]. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en:



- <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-184-2020-pcm-1907451-1/>
5. American Psychiatric Association. DSM-V [Internet]. 2014. Disponible en: www.appi.org
 6. Yolanda I, Ávila C, Cantillo AB, Alvis Estrada LR. Estrés académico en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia [Internet]. 2018 [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145256681002>
 7. Margarita Ortiz. PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA ADAPTADO AL DSM-5. 2019.
 8. Decreto Supremo N.º 014-2021-MINEDU - Normas y documentos legales - Ministerio de Educación - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/2138276-014-2021-minedu>
 9. Fin de la declaración federal de emergencia de salud pública (PHE) del COVID-19 | CDC [Internet]. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/end-of-phe.html>
 10. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. 2013 [Internet]. [citado el 1 de junio de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.mederi.com.co/bitstream/handle/123456789/386/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf?sequence=1>.
 11. Chen J, Zhang SX, Yin A, Yáñez JA. Mental health symptoms during the COVID-19 pandemic in developing countries: A systematic review and meta-analysis. J Glob Health [Internet]. 2022 [citado el 1 de junio de 2023];12. Disponible en:



- https://www.scienceopen.com/document_file/47a71b3e-f5a6-4bd2-b35d-3cd436212c9c/PubMedCentral/47a71b3e-f5a6-4bd2-b35d-3cd436212c9c.pdf
12. Simegn W, Dagne B, Yeshaw Y, Yitayih S, Woldegerima B, Dagne H. Depression, anxiety, stress and their associated factors among Ethiopian University students during an early stage of COVID-19 pandemic: An online-based cross-sectional survey [Internet]. Vol. 16, PLoS ONE. Public Library of Science; 2021 [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0251670>
 13. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res* [Internet]. el 1 de mayo de 2020 [citado el 1 de junio de 2023];287. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120305400>
 14. Chang J, Yuan Y, Wang D. Mental health status and its influencing factors among college students during the epidemic of COVID-19. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao* [Internet]. el 29 de febrero de 2020 [citado el 1 de junio de 2023];40(2):171–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7086131>
 15. Tan W, Hao F, McIntyre RS, Jiang L, Jiang X, Zhang L, et al. Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain Behav Immun*. el 1 de julio de 2020;87:84–92.
 16. Velázquez LG. Estrés académico en estudiantes universitarios asociado a la pandemia por COVID-19. <https://www.espacioimasd.unach.mx/> [Internet]. el 16 de octubre de 2020 [citado el 1 de junio de 2023];9(25):158–79. Disponible en: <https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/249/782>



17. Hernández-Díaz Y, Genis-Mendoza AD, Ramos-Méndez MÁ, Juárez-Rojop IE, Tovilla-Zárate CA, González-Castro TB, et al. Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic on Mexican Population: A Systematic Review [Internet]. Vol. 19, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2022 [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/11/6953>
18. Moutinho ILD, De Castro Pecci Maddalena N, Roland RK, Lucchetti ALG, Tibiriçá SHC, Da Silva Ezequiel O, et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Rev Assoc Med Bras.* el 1 de enero de 2017;63(1):21–8.
19. Barrera-Herrera A, Neira-Cofré M, Raipán-Gómez P, Riquelme-Lobos P, Escobar B. Perceived social support and socio-demographic factors in relation to symptoms of anxiety, depression and stress in Chilean university students. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* el 1 de agosto de 2019;24(2):105–15.
20. Sandoval KD, Morote-Jayacc P V., Moreno-Molina M, Taype-Rondan A. Depression, Stress and Anxiety in Students of Human Medicine in Ayacucho (Peru) in the Context of the COVID-19 Pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2021 [citado el 1 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8576172/>
21. Contreras-Mendoza I, Olivas-Ugarte LO, De La Cruz-Valdiviano C. Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. *Universidad Privada del Norte* [Internet]. el 1 de enero de 2021 [citado el 1 de junio de 2023];8(1):2021–45. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/28475>



22. Martínez V. Educación presencial versus educación a distancia. *PoliredUpmEs*. 2017;9:108–16.
23. Martínez V. Educación presencial versus educación a distancia. *La Cuestión Universitaria* [Internet]. el 29 de septiembre de 2017 [citado el 1 de junio de 2023];0(9):108–16. Disponible en: <http://polired.upm.es/index.php/lacuestionuniversitaria/article/view/3582>
24. Gabriel Rubio Valladolid, Miguel Ángel Jiménez Arriero, Tomás Palomo Alvarez, Roberto Rodríguez Jiménez. *Fundamentos de Psiquiatriabases científicas para el manejo clínico*. 2014;450.
25. Barraza Arturo. El estrés de pandemia (COVID 19) en población mexicana. *Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica SC* [Internet]. 2020 [citado el 1 de junio de 2023]; Disponible en: <http://redie.mx/librosyrevistas/libros/estrescovid.pdf>
26. Araoz EGE, Roque MM, Ramos NAG, Uchasara HJM, Araoz MCZ. Academic stress in Peruvian university students in COVID-19 pandemic times. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapeutica*. 2021;40(1):88–93.
27. *Medicina Humana – Universidad Andina del Cusco | UAC* [Internet]. [citado el 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.uandina.edu.pe/medicina-humana/#1612136911872-b970ff2c-acde8074-380ac64b-8103ee81-02799172-dda1>
28. Zimmerman DW, Zumbo BD. Relative power of the wilcoxon test, the friedman test, and repeated-measures ANOVA on ranks. *J Exp Educ*. 1993;62(1):75–86.
29. Sheldon MR, Fillyaw MJ, Thompson WD. The use and interpretation of the Friedman test in the analysis of ordinal-scale data in repeated measures designs.



30. Serrano Torres F, Mejia CR, Garnica L, Lizcano Gómez A, Hernández Caicedo AJ, Cruz Avila Y, et al. Síndrome de Burnout, según el año de estudio, en estudiantes de medicina de ocho países de Latinoamérica, 2016-2017. Ciencia e Investigación Médico Estudiantil Latinoamericana. el 21 de junio de 2021;25(1).



ANEXOS

A. PRESUPUESTO

	Costo Unitario	Unidades	Total
Fotocopias del instrumento	0.20 soles	300	60 soles
Fotocopias del proyecto de entrega	10 soles	3	30 soles
Anillado	5 soles	3	15 soles
Materiales de escritorio	5 soles	2	10 soles
Movilidad	100 soles	-	100 soles
Estadístico	350 soles	-	350 soles
USB	30 soles	1	30 soles
Otros	20 soles	-	20 soles
TOTAL			615 soles



B. CRONOGRAMA

AÑO	2022											2023						
MES	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	
Revisión bibliográfica del tema	■																	
Redacción de la fundamentación del problema	■																	
Desarrollo de los antecedentes teóricos	■																	
Formulación y planteamiento del problema, justificación, limitaciones	■																	
Asignación de asesor de tesis		■																
Planteamiento de los objetivos y la hipótesis de la investigación		■																
Redacción del tipo y diseño de la investigación		■																
Determinación de la población y muestra			■															
Determinación de técnica de recolección e instrumento			■															
Validación del instrumento			■	■														
Solicitud y asignación de dictaminantes					■													
Recolección de datos virtual					■													
Elaboración de plan de análisis de datos						■	■											
Elaboración de anexos								■										
Inscripción de proyecto de tesis													■					
Recolección de datos presencial															■			
Análisis de datos															■			
Interpretación de datos																■		
Redacción de conclusiones, discusión y																	■	
Entrega del informe final																		■
Conformidad de dictaminantes																		■
Sustentación																		■



C. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación de problemas		Objetivos de la investigación		Hipótesis	Metodología
Problema General	Problemas Específicos	Objetivo General	Objetivos específicos		
<p>¿ El retorno a las clases presenciales ha incrementado la ansiedad, el estrés y la depresión de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I?</p>	<p>¿Cuál es la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con la edad de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I?</p> <p>¿Cuál es la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con el ciclo académico de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I?</p> <p>¿Cuál es la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con la procedencia</p>	<p>Determinar si el retorno a las clases presenciales ha incrementado la ansiedad, el estrés y la depresión de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I.</p>	<p>Determinar la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con la edad de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I.</p> <p>Determinar la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con el ciclo académico de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I.</p> <p>Determinar la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con la</p>	<p>Hipótesis de investigación (Hi)</p> <p>El retorno a clases presenciales incrementó la ansiedad, estrés y depresión en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I.</p> <p>Hipótesis alternante (Ha)</p> <p>El retorno a clases presenciales disminuyó la ansiedad, estrés y depresión en los estudiantes de Medicina Humana de la</p>	<p>Nivel de investigación: Analítico</p> <p>Tipo de investigación: Observacional</p> <p>Diseño de investigación: Correlacional</p> <p>Temporalidad de la investigación: Prospectiva longitudinal</p> <p>Población: Todo estudiante que se encuentre matriculado en la Escuela Profesional de Medicina Humana en el semestre 2022-I y 2023 -I.</p> <p>Muestra: 278 estudiantes EP MH</p>



	<p>de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I?</p> <p>¿Cuál es la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I?</p>		<p>procedencia de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I.</p> <p>Determinar la relación de la ansiedad, el estrés y la depresión con la convivencia familiar de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022-I y 2023 -I.</p>	<p>Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I.</p> <p>Hipótesis nula (H0)</p> <p>El retorno a clases presenciales no afectó la ansiedad, estrés y depresión en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Andina Del Cusco en el semestre 2022- I y 2023 -I.</p>	<p>Muestreo:</p> <p>Estratificado, por conveniencia</p> <p>Técnicas de procesamiento de datos:</p> <p>Univariado: Descriptivo Bivariado: Friedman, Kendall y Chi cuadrado Multivariado: GLM</p> <p>Instrumento de recolección de datos:</p> <p>Cuestionario DASS-21 con ítems agregados: edad, ciclo académico, procedencia y convivencia familiar.</p>
--	---	--	---	--	--



D. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Estimado(a) participante:

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información para el proyecto de tesis titulado “RELACIÓN ENTRE EL RETORNO A LAS CLASES PRESENCIALES POST COVID-19 Y ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO EN EL SEMESTRE 2022 -I Y 2022-II”.

Consta de seis preguntas entre ellas para llenar datos personales y procedencia, para marcar como ciclo académico y tipo de convivencia familiar. Asimismo, se incluye el cuestionario DASS-21.

No hace falta su identificación personal en el instrumento, por ende, la encuesta es anónima y sólo no es de interés los datos que pueda brindar de manera sincera y la colaboración para tener éxito en la recolección de datos.

Para proceder al llenado del instrumento, sírvase expresar su conformidad en participar del proyecto de tesis con su firma.

.....

Firma del (a) participante

Alexander Rory Bustamante Rodríguez

Paola Quispe Camargo



CUESTIONARIO



1. DNI:

2. EDAD:

3. SEXO: M F

4. CICLO ACADÉMICO: De 1er a 5to ciclo De 6to a 12avo ciclo

5. PROCEDENCIA:

6. CONVIVENCIA FAMILIAR

Familia nuclear (biparental)

Familia monoparental

Familia adoptiva

Familia sin hijos

Familia compuesta

Familia extensa

Familia disgregada (solo)



DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

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



1. Validación de expertos del Instrumento de recolección de datos

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

GUÍA DE ESTIMACIÓN DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene por objeto el de recoger información útil de personas especializadas a cerca de la validez de constructo, confiabilidad y aplicabilidad del instrumento de investigación sometido a su juicio.

Está integrado por diez (10) interrogantes, las cuales se acompañan de una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5: Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera **totalmente suficiente**.
- 4: Representa que la estimación del trabajo de investigación absuelve en **gran medida** la interrogante planteada.
- 3: Significa la absolución del ítem en términos **intermedios**.
- 2: Representa una absolución **escasa** de la interrogante planteada.
- 1: Representa una **ausencia** de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa(X) en la escala geográfica que figura a la derecha de cada ítem, según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					X
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

Psicóloga Lourdes Judith Salazar Abarca	 <small>COLEGIO DE PSICÓLOGOS DEL PERÚ</small> <small>LOURDES JUDITH SALAZAR ABARCA</small> <small>C.P.S. N° 1272</small>	27/04/22
--	---	-----------------



NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO	FECHA

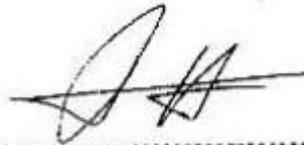
A



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					X
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?	Puedes expresar el número de segmentos tomados como % para tu análisis estadístico.				



<p>Md. Carlos Virto Concha</p>	 Carlos Alberto VIRTO CONCHA Médico Cirujano CMP 43023 Esp. en Psiquiatría RNE 26698 Auditor Médico AO1376 Cod. CBPA16207	<p>27/04/22</p>
<p>NOMBRE Y APELLIDOS</p>	<p>FIRMA Y SELLO</p>	<p>FECHA</p>

B



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?			x		
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					x
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					x
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				x	
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?				X	
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					x
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?			x		
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

Md. Diana Soledad Coa Bustamante		28/04/22
---	--	-----------------



		
NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO	FECHA

C

}

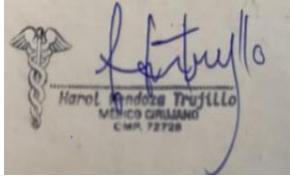


HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				x	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					x
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					x
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					x
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					X
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?				X	
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					x
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				x	
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

Md. Harold Mendoza Trujillo		02/05/22
------------------------------------	--	-----------------



		
NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO	FECHA

D

